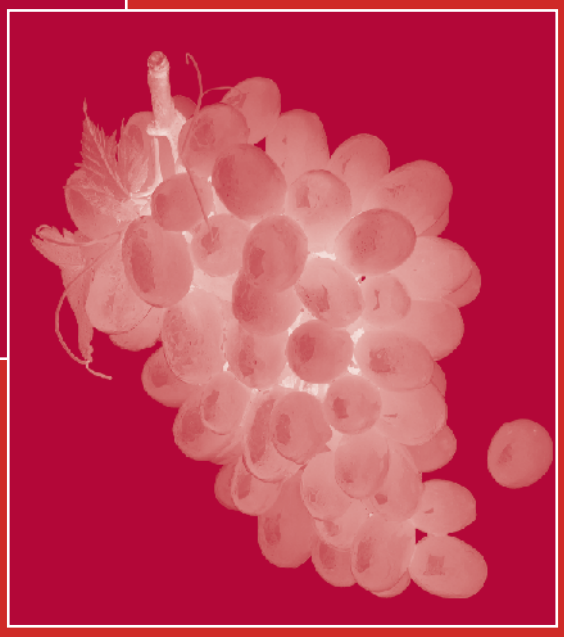


l'Education thérapeutique nutritionnelle

ACTES DE LA XIVème Journée de l'IPCEM Vendredi 18 juin 2004 TEXTES DES COMMUNICATIONS

Contributions

à la Journée de l'IPCEM 2003

Dr Jean-François d'IVERNOIS
Pr Rémi GAGNAYRE
Dr Frédéric SANGUIGNOL
M Didier JOURDAN
Mme Maïalen CONTIS
M Michel ANDRIEN
Pr Gérard RÉACH
Mme Graziella CORTI
Mme Nathalie MASSEBOEUF
Mme Sylvie DIANCOURT
Dr Patrick BOUILLOT
Dr Michel ANTON
Mme Claire JOLLY
Mme Anne MARION
Dr Claire LE TALLEC
Dr Geneviève VAILLANT
Mme Christelle HANSCHEID

Comité scientifique de l'IPCEM

M Philippe BARRIER
M Pascal DEMOLY
M Michel GEDDA
Dr Claude GUEROIS
Dr Daniel LEONARD
Dr Albert MARTINAND
Dr Jocelyne M'BEMBA
Mme Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT
M Stéphane VAGNARELLI
M François ZITO

Formateurs IPCEM

Pr Maria Grazia ALBANO	Pédagogue
Dr Christian ALESSIS	Diabétologue
Dr Laurence BANOUN	Allergologue
Dr Dany BAUD	Pneumologue
Dr Xavier BLANC	Pneumologue
Mme Marjolaine BOSKE	Infirmière
Mr François CAILLET	Infirmier
Mme Anne-Françoise CHAPERON	Psychologue
Dr Bernard CIRETTE	Diabétologue
Mme Sylvie DIANCOURT	Diététicienne
Mme Anne-Marie DOGNIN	Infirmière
Dr Claudie FABREGUETTES	Diabétologue
Pr. Rémi GAGNAYRE	Médecin, Pédagogue
Mr Bertrand de GAYFFIER	Réalisateur – mutli-media
Mme Béatrice GINIERES	Psychologue
Dr Jean-Marie GROSBOIS	Pneumologue
Mr Vincent HANS	Infirmier
Mme Jacqueline IGUENANE	Puéricultrice,Pédagogue
Pr. Jean-François d'IVERNOIS	Médecin,Pédagogue
Mme Anne LACROIX	Psychologue
Mme Claire MARCHAND	Infirmière,Pédagogue
Dr Jocelyne M'BEMBA	Diabétologue
Mme Claudie PINOSA	Carde infirmier
Dr Nathalie SOHIER	Médecin de Santé Publique
Dr Pierre-Yves TRAYNARD	Médecin généraliste,diabétologue
Mr Stéphane VAGNARELLI	Psychologue
Dr Geneviève VAILLANT	Diabétologue

Équipe administrative de l'IPCEM

Mme Sylvie LARTAULT
Mme Geneviève DENIS
Mme Ghislaine RONDEAU

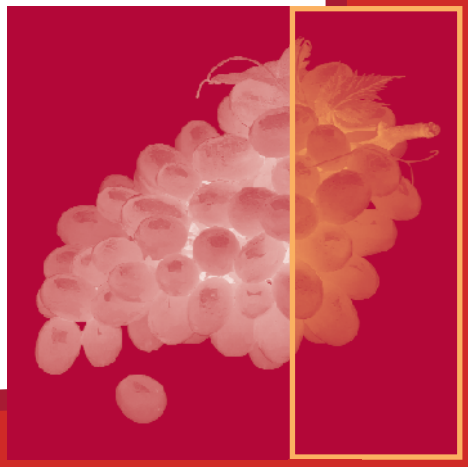
Editorial

Parmi les éducations en santé (éducation pour la santé-éducation thérapeutique), celle concernant la nutrition, le savoir manger (lorsque le pouvoir manger est assuré), est fondamentale.

Aux risques encourus, dérives agro-alimentaires, excès quantitatifs, défaut qualitatif, viennent s'ajouter, nos peurs et la trop grande variabilité de messages et de régimes proposés.

Dans le contexte, il est incontestable que l'éducation tient une place importante. Elle permet, à tout âge de la vie, de comprendre et d'acquérir des savoirs sur la nutrition qui sont de plus en plus indispensables. elle est au service des personnes pour les aider à changer leur comportement alimentaire à condition, d'une part, de leur donner les moyens d'agir sur un environnement peu favorable et, d'autre part, que d'autres acteurs rendent l'environnement moins dangereux.

La 14ème journée de l'IPCEM tentera d'aborder l'ensemble de ces aspects dans une perspective éducative. Entre approche politique, lectures théoriques et repères pratiques, les participants pourront débattre avec des conférenciers spécialistes de l'éducation, de la médecine-nutrition, de l'anthropologie et du droit.



Sommaire

00 — Introduction de la journée
«Pédagogie de la nutrition »
Jean-François d'Ivernois
Professeur en Sciences de l'Education
Président de l'IPCEM

01 — **L'éducation thérapeutique nutritionnelle. Approches générales.**

02 — **«Plan National Nutrition Santé et Education thérapeutique»**
Frédéric Sanguignol
membre du CNANES
Directeur de la Clinique du Château de Vernhes

07 — **«Quelle éducation nutritionnelle en milieu scolaire ?»**
Didier Jourdan
Maître de conférences à l'IUFM d'Auvergne

11 — **«Éducateurs, éduqués et responsables ?»**
Maïlen Contis
Docteur en droit

12 — **Recherches et pistes de dévelopement en éducation thérapeutique nutritionnelle**

13 — **«L'éducation nutritionnelle dans le cadre de la promotion de la santé à l'école»**
Michel Andrien
Maître de Conférences à l'Université de Liège
Directeur du Centre d'enseignement et de recherches pour l'environnement et la santé (CERES)
Université de Liège.

21 — **«Former une intention ou prendre une décision : une analyse du concept de motivation»**
Gérard Réach
Professeur de Diabétologie
CHU Avicenne Université Paris 13

25 — **«Pratiques alimentaires et stratégies identitaires Réflexions sur une jeunesse entre uniformité et individualisme.»**
Graziella Corti
Anthropologue et enseignante d'histoire et géographie (Ecole secondaire de Breganzona, Tessin, Suisse)

32 **Les acteurs et les programmes de l'éducation thérapeutique nutritionnelle**

33 **«Diététicien : éducateur thérapeutique et pédagogue de l'alimentation»**
Nathalie Masseboeuf - *Diététicienne,*
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (Paris).

38 **«L'éducation thérapeutique dans une approche interdisciplinaire de l'obésité»**
Sylvie Diancourt *Diététicienne*
Patrick Bouillot *Endocrinologue-Nutritionniste*
Unité de Diététique- Centre Hospitalier de Nevers

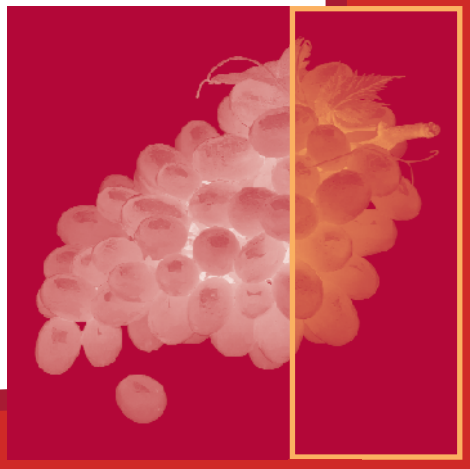
42 **Les pratiques et les supports de l'éducation thérapeutique nutritionnelle**

43 **«Education thérapeutique collective en allergie alimentaire : expérience nantaise»**
Michel Anton - *Médecin allergologue*
Anne Marion- *Diététicienne*
Claire Jolly - *Ergothérapeute éducatrice*
CHU de Nantes

50 **«Ateliers diététiques pour les enfants diabétiques»**
Claire Le Tallec
Médecin, diabétologie pédiatrique
Hôpital des enfants -Toulouse

55 **«Les outils pédagogiques : mode d'emploi»**
Geneviève Vaillant
Praticien Hospitalier Diabétologie CHRU Dijon

57 **Prix IPCEM**



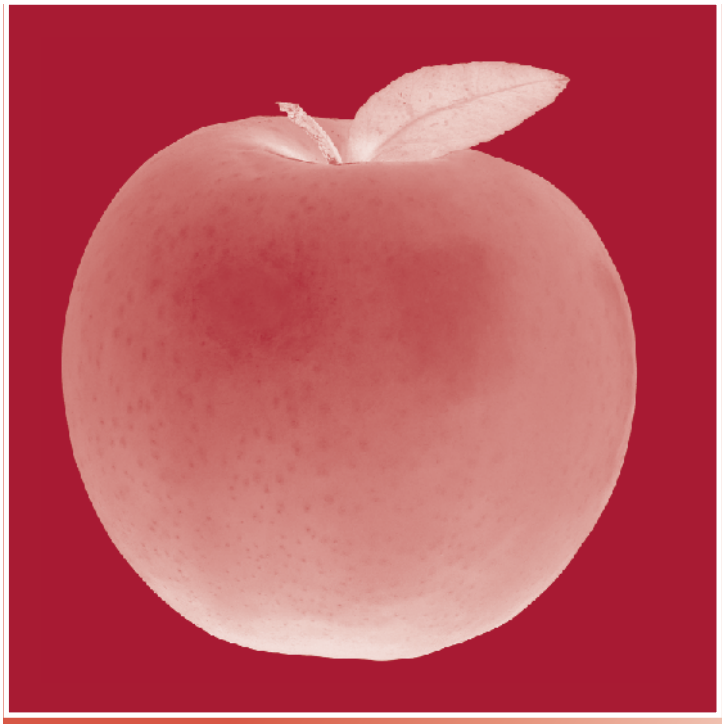
Jean-François d'IVERNOIS
Directeur du centre collaborateur OMS pour le développement des ressources humaines en santé-Université Paris 13-Président de l'IPCEM

Depuis des temps immémoriaux, l'homme sait que son état de santé est lié à ce qu'il mange, à la façon dont il se nourrit. Depuis son origine, la Médecine prescrit également des diètes adaptées à la conservation de la santé ou au traitement des maladies. Nous sommes et, pour une part, nous devenons ce que nous mangeons.. Mais se nourrir signifie bien plus que se sustenter, apporter à son corps les éléments énergétiques dont il a besoin. Le repas, on le sait, est un moment, un rite de partage familial et social. La cuisine est indissociable des rapports aux parents, de l'histoire, des traditions régionales; elle est considérée comme un art. De même, conseiller un patient sur les choix alimentaires, informer des personnes sur la constitution des aliments, tenter d'en convaincre d'autres d'adopter de nouvelles règles diététiques est assurément difficile. L'erreur pendant tant d'années a consisté à considérer qu'il suffisait de prescrire un régime pour que la personne le suive, qu'il suffisait d'informer les patients pour qu'ils apprennent à bien manger.

Au-delà de ses fondements scientifiques en physiologie et en nutrition, la diététique devrait être une discipline de communication et de pédagogie. Sachons reconnaître que cette pédagogie n'est pas évidente parce que les concepts enseignés sont compliqués et, en apparence, peu cohérents. Le patient se perd souvent entre les bons et mauvais sucres, les sucres lents et les rapides, les bonnes et mauvaises graisses, les aliments allégés ou véritablement lourds !

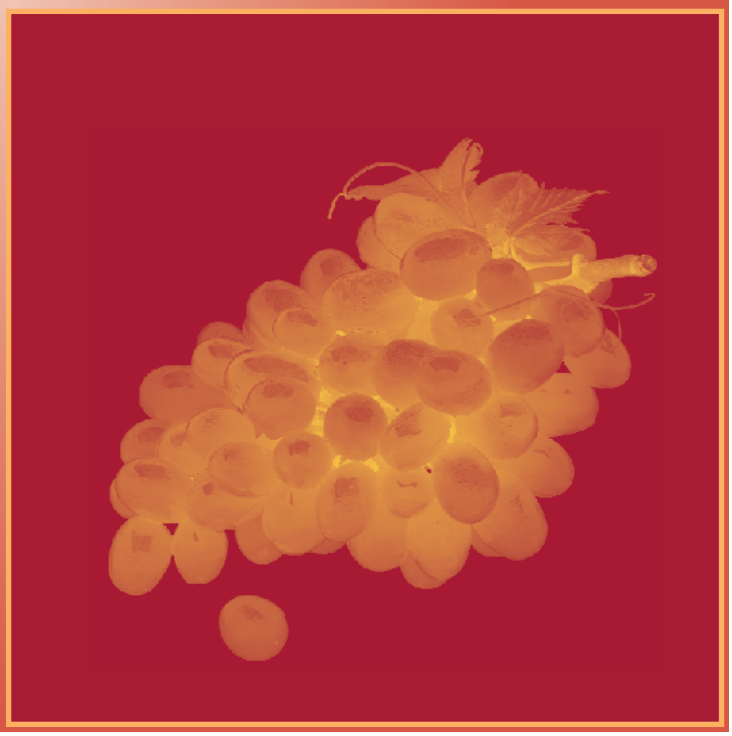
Les régimes « miracle » se multiplient à grand renfort de publicité, d'émissions et d'articles dans les médias, au fur et à mesure que l'amaigrissement se révèle un marché générateur d'immenses profits. D'autre part, la recherche fondamentale en nutrition apporte chaque jour de nouvelles questions. Tout semble donc participer à une confusion générale. Dans ces conditions, quelle pédagogie peut-on proposer ? On rappellera qu'une des définitions de la pédagogie est la transformation d'un savoir savant en savoir utile. Le savoir savant sur la nutrition étant actuellement immense et complexe, il convient probablement de le résumer à quelques principes clairs, intelligibles, communément admis, que tout un chacun puisse mettre en œuvre.

Mais apprendre ou réapprendre à bien manger signifie également pour les éducateurs de patients comprendre le difficile équilibre quotidien que le patient, tel un funambule, tente de réaliser entre vivre sa vie et prendre soin de sa santé. Le déséquilibre, la chute sont fréquents. Nous devons réfléchir à une éducation rénovée de la diététique qui prenne en compte ces différents aspects : intelligibilité, respect de la personne, de ses temps, de ses contradictions, prise en compte du principe du plaisir….



L'éducation thérapeutique nutritionnelle

Approches générales



01

PLAN NATIONNAL NUTRITION SANTE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE

Dr Frédéric SANGUIGNOL
Membre du Comité National Alimentation Nutrition des Etablissements de Santé (CNANES)
Directeur de la Clinique du Château de Vernhes

Présentation du Programme National Nutrition Santé (PNNS):

Le PNNS vise à améliorer la santé en agissant sur la nutrition.

La mise en place de ce programme se justifie par des enjeux de santé publique : certaines pathologies ont un impact humain considérable en terme de mortalité et de morbidité: maladies cardiovasculaires, cancers, obésité, ostéoporose, diabète ; si ces pathologies sont multifactorielles, des arguments forts permettent d'identifier des facteurs nutritionnels qui interviennent soit dans le risque, soit dans la protection vis à vis de la maladie.

Nous disposons de travaux scientifiques multiples, expérimentaux, et de recherche fondamentale, clinique et épidémiologique qui font consensus sur l'incidence de facteurs nutritionnels dans le déterminisme de ces maladies. C'est sur ces consensus que s'appuie le PNNS.

Le PNNS est un vrai plan de santé publique car il intègre la formation, l'évaluation, la surveillance et la recherche.

Il propose 9 objectifs prioritaires :

5 objectifs concernent la modification de la consommation alimentaire : augmenter la consommation de fruits et légumes, de calcium et de glucides ; diminuer celle de lipides et d'alcool,

un objectif porte sur l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation : il s'agit de promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne,

les trois derniers objectifs recommandent d'agir sur les marqueurs de l'état nutritionnel : diminuer la cholestérolémie moyenne, la pression artérielle systolique et la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Ces objectifs sont chiffrés mais ils restent humbles pour être pragmatiques et réalisables en cinq ans ; ce qui est recherché est une amélioration modeste mais efficace en terme de Santé Publique.

Les mesures proposées pour atteindre ces objectifs reposent sur :

Quatre principes fondamentaux :

respect de la liberté dans le choix alimentaire,

droit à une information scientifiquement valide et compréhensible pour le citoyen,

mise en avant des côtés positifs : promotion des facteurs de protection de la santé plutôt que réduction des facteurs de risque de maladies,

chaque action doit tendre à atteindre au moins un des objectifs et ne pas aller à l'encontre de l'un deux.

et six axes stratégiques :

informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant :

- Edition de guides alimentaires « la santé vient en mangeant » : à l'attention du grand public et des professionnels.

- Des campagnes médiatiques annuelles.

- Des actions déconcentrées pour impliquer les acteurs régionaux et locaux, coordonnés par les comités techniques régionaux.

Actions en milieu scolaire : réflexion sur l'introduction de la nutrition dans les programmes scolaires, création d'outils pédagogiques, encouragement à mettre des fontaines d'eau fraîche dans les établissements scolaires et à avoir un débat sur la distribution de sodas et de produits de grignotage.

Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins :

Faciliter l'accès à la consultation de nutrition dans les hôpitaux et cliniques et prendre en charge l'état nutritionnel des patients : favoriser la création de CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) dans chaque établissement de santé,

Evaluer l'état nutritionnel en pratique clinique, en s'appuyant sur les recommandations de l'ANAES : création d'outils et recommandations,

Informer les professionnels sur les facteurs nutritionnels impliqués dans le déterminisme des maladies.

Réfléchir sur les fonctions et les métiers de la nutrition : le diététicien.

Impliquer les acteurs économiques et les consommateurs :

Proposer aux producteurs de messages promotionnels de produits, un label PNNS s'ils acceptent l'examen préalable de leur outil de communication.

Mener une réflexion sur l'offre alimentaire (réduire le sel dans le pain, les fromages, les plats cuisinés …) et l'information nutritionnelle.

Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.

Développer la recherche en nutrition humaine.

Engager des actions spécifiques destinées à des populations particulières :

Femmes enceintes et jeunes mères (fer, allaitement maternel),

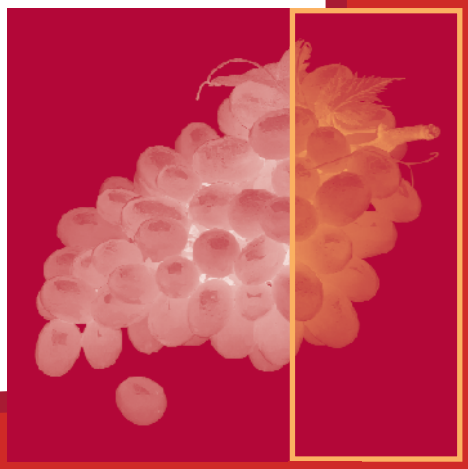
Enfants et adolescents (calcium, vitamine D),

Personnes âgées (calcium, vitamine D, dénutrition),

Personnes en situation de précarité (carences vitaminiques, dénutrition).

En conclusion, le PNNS est un plan de santé publique pragmatique et ambitieux, qui fait des propositions raisonnables pour atteindre des objectifs précis, chiffrés et programmés dans le temps.

Ce plan ne s'appuie pas sur le mode de l'interdit mais sur l'information



pour la promotion de comportements favorables à la santé.Il est axé plus sur l'éducation à la santé que sur l'éducation thérapeutique.

Le rôle du CNANES (Comité National Alimentation Nutrition des Etablissements de Santé)

Le CNANES a pour mission de jouer un rôle clef dans le développement de la politique nutritionnelle des établissements de santé, en conjuguant une stratégie de coordination, de concertation, d'incitation et d'évaluation des actions entreprises dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition tant au sein des établissements qu'à son interface avec la ville.

La mobilisation des professionnels est centrée sur le renouvellement des formations initiales et continues, sur la mise à disposition des textes réglementaires, des bases épidémiologiques et bibliographiques, des procédures et protocoles établis par les groupes professionnels et les sociétés savantes. Il confie à l'AFSSA l'élaboration des Apports Nutritionnels Conseillés en pathologie (ANCP) des patients hospitalisés.

Le CNANES procèdera annuellement à la mesure de la satisfaction des patients et aura pour tâche d'évaluer, à l'aide d'une grille nationale, les améliorations de la qualité des prestations en matière d'alimentation et nutrition dans les établissements de santé. L'ensemble des propositions du CNANES sera mis à disposition des CLAN des établissements de santé sur un site Internet spécifiquement dédié.

Un des axes de travail du CNANES est de participer à l'élaboration d'indicateurs, en collaboration avec l'équipe INSERM en charge du projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) et de l'INPES.

Ce projet, soutenu par l'ensemble des fédérations des établissements publics et privés, la DHOS et l'ANAES, a pour but de mettre en place, dans une trentaine d'établissements de santé, une batterie d'indicateurs de qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital.

Ainsi, sera possible une comparaison inter hospitalière et définit les modes de gestion des indicateurs comme aide à l'amélioration de la qualité.

Huit objectifs prioritaires ont été définis dont un concerne la lutte contre les troubles nutritionnels.

Dans ce cadre, le mode de sélection des indicateurs a été basé sur :

Dépistage – diagnostic : évaluation du dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte et chez l'enfant à partir de l'analyse des dossiers et la proportion de patients ayant eu dans les 48 premières heures d'hospitalisation une mesure du poids, un calcul de l'IMC et l'évolution du poids avant l'admission,

Surveillance et prescription : évaluation de la proportion de patients pour lesquels une surveillance pluriquotidienne de la prise alimentaire est retrouvée dans le dossier et évaluation de la proportion de patients pour lesquels une prescription nutritionnelle et/ou diététique est retrouvée dans le dossier.

Education thérapeutique : évaluation de l'existence d'un ou plusieurs programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre de pathologies nutritionnelles dans l'établissement.

Une évaluation des actions menées en matière d'Education Thérapeutique en Aquitaine en septembre 2003 , avait permis de retrouver les éléments suivants :

51 % des établissements publics et 64 % des établissements privés font référence à l'éducation thérapeutique dans leur projet d'établissement, près de 200 actions d'éducation sont citées et font référence à une ou plusieurs pathologies : à noter 22.4 % d'actions d'éducation pour le diabète et ses

complications, 13 % sur l'alimentation, l'équilibre nutritionnel, la diététique, 7.3 % d'actions sur l'obésité,

les difficultés rencontrées par les professionnels sont :

- le temps et la disponibilité pour près de 80 % d'entre eux,
- le manque de moyen en personnel : 66 %,
- le manque de moyen matériel : 27 %,
- le manque de demandes du public : 23 %,
- les difficultés à motiver les collègues : 21 %, …

l'ordre d'importante des compétences jugées «très importante pour mener l'action» a été :

- les connaissances des sujets de la pathologie,
- les connaissances des aspects psychosociaux,
- les connaissances en approche d'éducation,
- l'aptitude pour la pluridisciplinarité.

Le CNANES a la volonté politique d'intégrer l'éducation thérapeutique dans la prise en charge globale du patient.

Expérience de la Clinique du Château de Vernhes : une tarification pour l'éducation thérapeutique

La Clinique du Château de Vernhes est un établissement de santé privé de 135 lits, situé dans le sud-ouest de la France, au nord de la Haute-Garonne (31340), à 30 km de Toulouse.

Le secteur de Rééducation Nutritionnelle comprend 80 lits avec deux unités d'hospitalisation:

• une unité de 70 lits d'hospitalisation dite traditionnelle où les patients sont hospitalisés pour une moyenne de trois semaines,

• une unité de 10 lits d'hospitalisation de semaine où les patients sont hospitalisés du lundi matin au vendredi soir.

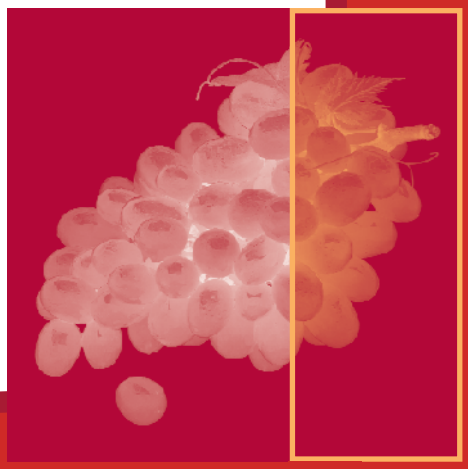
Ces deux unités prennent en charge 1500 patients obèses par an.

Ces hospitalisations sont basées, depuis 1989, sur un programme d'éducation thérapeutique, dans le cadre de la prise en charge globale des patients obèses.

La prise en charge de patients atteints d'obésité (pour la plupart multicompliqués) est basée, dans le cadre de leur hospitalisation, sur une approche globale interdisciplinaire :

une éducation diététique et réadaptation nutritionnelle par réunions de groupe interactives (diététiciennes, infirmières et médecins) et applications pratiques en atelier de cuisine diététique et associées à une éducation individuelle,

une éducation ou rééducation à l'activité physique avec séances quotidiennes de kinésithérapie de groupe associées à une prise en charge individuelle quotidienne en fonction du retentissement sur l'appareil locomoteur. Une évaluation par les cardiologues, le médecin du sport, et les professeurs d'éducation physique et sportive, permet de mettre en place un programme personnalisé d'activité physique, une approche psychologique par réunions de groupe et entretiens individuels



avec une orientation analytique ou cognitivo-comportementale (gestion du stress et de l'estime de soi).

Une équipe de 20 professionnels participe à cette éducation. Ils bénéficient d'une formation initiale et continue par les trois équipes européennes de Bobigny (Pr D'IVERNOIS et GAGNAYRE), Genève (Pr ASSAL et GOLAY) et Bruxelles (Pr DECCACHE).

Nous n'avons pas pu bénéficier de l'appel à projet national en avril 2002 pour développer, par des équipes hospitalières, une éducation thérapeutique en ambulatoire, pour le diabète, l'asthme et les maladies cardio-vasculaires (3 millions d'euros).

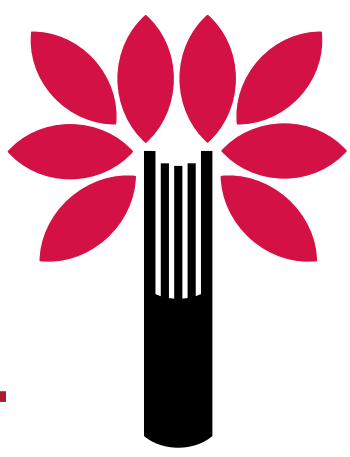
Grâce à la volonté du directeur de l'ARH de Midi-Pyrénées de voir se développer dans sa région des programmes d'éducation thérapeutique, un appel à projet régional a été lancé.

Ainsi, 4 établissements publics et 3 établissements privés ont pu obtenir une tarification spécifique pour poursuivre le développement des programmes d'éducation thérapeutique déjà en place.

Notre établissement a ainsi obtenu, sur trois ans, un supplément de tarification de 10 € par jour par patient qui permet ainsi d'étoffer les équipes avec deux diététiciennes, une infirmière, une psychologue, un professeur d'EPS et un médecin.

Ainsi, il existe, avec le PNNS et à travers le CNANES, une volonté politique de voir se développer des programmes d'éducation thérapeutique.

Ceux-ci qui, aujourd'hui, reposent le plus souvent sur la motivation de quelques soignants, peuvent enfin trouver un financement pérenne, permettant la poursuite et le développement des actions engagées.



QUELLE EDUCATION NUTRITIONNELLE EN MILIEU SCOLAIRE ?

Didier Jourdan
Maître de conférences à l'IUFM de Vernhes

Ma contribution est nécessairement en décalage avec le thème général de cette journée puisque l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire n'est pas de nature thérapeutique. Elle s'adresse à tous les élèves y compris ceux, et c'est heureusement la très grande majorité, qui ne présentent pas de troubles de la santé. L'enjeu est donc de tenter d'identifier comment une éducation nutritionnelle peut prendre place au sein de l'éducation délivrée à l'école. Quand bien même des textes relatifs à la nutrition aient été produits dans le cadre scolaire, il reste difficile de légitimer et plus encore de mettre en œuvre une éducation à la santé à l'école. Ainsi, toutes les suggestions proposées dans cette communication sont-elles à prendre avec précaution et ne peuvent qu'être considérées, au mieux, comme une humble contribution au débat.

En effet, il n'est pas évident de prime abord que l'école ait à intervenir sur les questions sanitaires. La laïcité, qui structure et fonde l'école républicaine, suppose plus que la neutralité, le respect de la diversité des références en particulier culturelles. Dans le domaine du rapport au corps et de la santé, où la question du « sens » est extrêmement prégnante il est pertinent de s'interroger sur la légitimité de l'intervention de l'école. Le fait que notre société soit confrontée à des « urgences » en terme de santé publique ne peut constituer une justification suffisante. Chaque jour l'école est sollicitée pour mettre en œuvre des actions relatives à la santé des élèves. Pour éminemment justifiables qu'elles soient au plan épidémiologique ces injonctions s'avèrent en fait bien peu compatibles avec le rôle de l'école dont la mission centrale consiste en le développement des capacités de l'individu comme personne et comme citoyen. L'empilement d'actions préventives relatives à la nutrition mais aussi à l'alcool, au tabac, au cannabis, à la sexualité, au risque routier, à la violence ne peut être le support d'une éducation de la personne dans sa globalité.

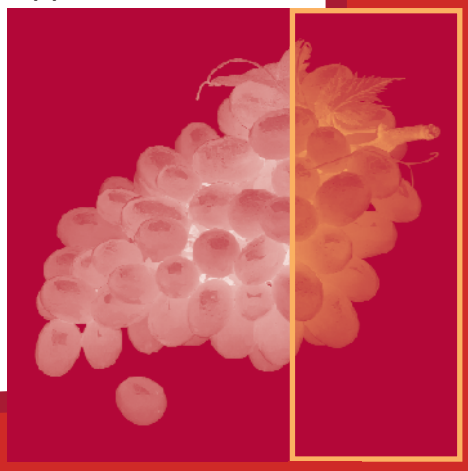
De plus, l'élaboration d'un message clair et univoque destiné à tous les élèves reste difficile dans le domaine de l'éducation nutritionnelle du fait de l'extrême complexité du champ au sein duquel s'inscrit le comportement alimentaire. Les spécialistes de la nutrition réunis dans ce congrès, à qui une formation adaptée a permis une prise de recul quand à cette question, le savent bien mais ce n'est pas toujours le cas des acteurs de l'école. Des éléments aussi fondamentaux que le fait que les données épidémiologiques concernent les populations et non les individus (et donc qu'un discours du type « si tu fais ci, il va t'arriver ça » n'est pas justifiable), que comme tout savoir scientifique, il est à la fois borné et en évolution permanente (ce n'est pas un savoir universel définitif), qu'un facteur de risque n'est pas une cause … ne relèvent pas de l'évidence pour l'ensemble des enseignants, chefs d'établissement, personnels de service, de santé ou sociaux.

Pour autant, ces quelques éléments ne conduisent pas à nier le rôle de l'école et à laisser l'intégralité de la responsabilité de l'éducation nutritionnelle à la famille. Ils soulignent la nécessité d'une confrontation des objectifs de santé publique à la mission de l'école. La loi d'orientation de juillet 1989[1] qui définit les missions du système éducatif met en avant les principes fondamentaux d'égalité, de liberté et de la laïcité. Elle stipule que « *l 'école a pour but de former… les femmes et les hommes de demain, des femmes et des hommes en mesure de conduire leur vie personnelle, civique et professionnelle en pleine responsabilité et capables d'adaptation, de créativité et de solidarité.* » Il s'agit de viser à permettre l'émergence d'esprits capables de penser par eux-

mêmes, en particulier leur permettre de résister aux formes d'emprise auxquels ils sont confrontés ici et maintenant : les stéréotypes, la pression des pairs, le pouvoir des médias mais aussi les réactions émotionnelles immédiates … La circulaire n° 98-237 du 24/11/1998, précise qu' «*à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences* ». Ces éléments permettent de situer la légitimité de l'éducation à la santé non pas en référence aux problèmes de santé mais en terme de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables. Prenons l'exemple de régimes alimentaires essentiellement fondés sur la consommation de sodas et le grignotage de produits riches en sucres simples. Se nourrir de cette façon est légal dans notre pays, boire du Coca-cola^{TM}, du Seven Up^{TM} ou de l'Orangina^{TM} relève de la liberté individuelle. Si l'école est légitime a délivrer une éducation dans ce domaine ce n'est pas au titre d'un interdit légal (comme c'est le cas pour les drogues illicites) mais au nom d'une idée de l'homme et du citoyen. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'exercer sa responsabilité envers sa propre santé. Pour cela c'est bien la capacité à choisir ses modes d'alimentation qui est en jeu. Pour qu'un tel choix soit possible, il est nécessaire d'avoir la maîtrise de connaissances : connaissances de soi et de ses besoins, connaissances nutritionnelles … Mais ce n'est pas suffisant, il est indispensable d'être en capacité de choisir en mettant à distance la pression des stéréotypes où de la publicité. L'école est fondée à mettre en œuvre des activités (qui visent à donner des connaissance scientifiques, développer l'estime de soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias, des pairs …) permettant à l'élève de disposer des compétences lui permettant de conserver sa liberté, c'est à dire d'être capable de faire des choix. Il s'agit de permettre aux élèves de s'approprier les moyens de construire leur propre liberté au cœur de la cité comme personne et comme citoyen (la santé ressort à la fois de la sphère du privé et de celle du publique) … c'est à dire d'éduquer à la citoyenneté.

Aujourd'hui, l'éducation nutritionnelle tient une place significative à l'école, en particulier en primaire puisque plus de 80 % des élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) déclarent avoir eu des informations relatives à l'alimentation au cours de l'année scolaire[2]. Néanmoins, elle est encore souvent basée sur le modèle hygiéniste qui consiste à donner une information ponctuelle sur des comportements et leurs conséquences. Cette approche a clairement montré ses limites vis-à-vis des principaux problèmes de santé publique actuels, le fait de disposer d'informations rationnelles est un élément absolument indispensable … mais notoirement insuffisant.

Néanmoins, depuis de nombreuses années, d'autres pratiques d'éducation à la santé se développent dans l'esprit que nous avons développé plus haut. Ces approches sont basées non sur l'exposé des conséquences d'un « fléau » mais sur un travail éducatif en relation avec les déterminants des différentes conduites. Schématiquement, on peut proposer de regrouper ces derniers autour de trois axes : ceux liés à la personne, à l'environnement et au comportement lui-même. En effet, les travaux épidémiologiques ont montré l' importance des facteurs liés à la personne (estime de soi, communication, gestion du stress, gestion du risque …), à l 'environnement social, médiatique et aux effets spécifiques des conduites. Pour l'éducateur, il s'agit donc de contribuer à (1) l'apprentissage de savoir-être (les compétences psychosociales citées plus haut), (2) d'aborder et de permettre l'expression des élèves sur des problèmes de santé qui font appel à la fois à des valeurs, des lois, des savoirs scientifiques et (3) développer chez les enfants la résistance à l'emprise de l'environnement, des stéréotypes en particulier par une éducation aux médias. De nombreux programmes d'éducation nutritionnelle développés en milieu scolaire sont pertinents au plan pédagogique, ils permettent aux élèves de s'approprier des savoirs et des savoirs faire relatifs à l'équilibre alimentaire. Néanmoins, ces approches gagneraient à être intégrées à un projet éducatif plus vaste incluant notamment (1) un travail sur l'image de soi, la perception du corps, l'estime de soi (tant on connaît le lien entre trouble du comportement alimentaire et construction de



l'image de soi des activités visant à développer un regard critique vis à vis stéréotypes médiatiques de la minceur extrême, des publicités relatives aux produits alimentaires...

Autrement dit, éduquer à la santé de façon globale revient à permettre à l'enfant de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable ainsi que des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits. Il est évident que l'objectif du développement de ces compétences n'est pas l'apanage de l'éducation à la santé, il s'agit des objectifs généraux de toute éducation humaine. Elles sont développées dans le quotidien de la classe et pas seulement au cours de séquences spécifiques.

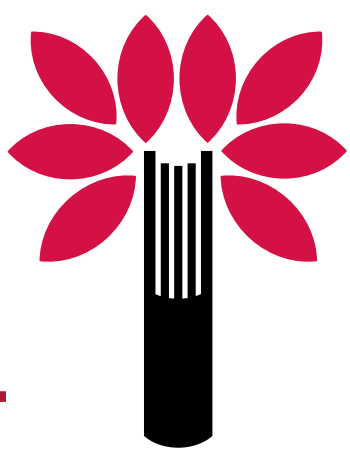
Quelques pistes peuvent être suggérées quant à ce que pourrait être un projet d'éducation à la santé intégrant les spécificités et les contraintes du travail en milieu scolaire. Ce dernier gagnerait à être global dans le sens où il prendrait en compte tous les aspects de la vie de l'élève ; partenarial dans le sens où il donnerait sa place à tous les acteurs de la communauté éducative en particulier aux parents ; pluridisciplinaire dans le sens où il serait considéré comme éducation à la citoyenneté et en aucun cas limité à la dimension physiologique ; intégré au projet d'établissement ou d'école et conduit par le CESC dans le sens où une contractualisation est nécessaire à la pérennité de l'action géré par les personnels de l'établissement (et non sous-traité à des « spécialistes »).

En tout état de cause, il est important de redire que l'éducation à la santé concerne tous les acteurs de la communauté éducative et en particulier les parents et les enseignants. Cela ne signifie nullement que tous les intervenants aient à se situer de la même façon mais bien que chacun a sa place spécifique. Dans notre pays, il est crucial de progresser dans le domaine des relations école-famille, c'est, du reste, une priorité de l'éducation nationale. Le rôle des spécialistes de la nutrition issus du monde de la santé est déterminant. Ils sont experts, conseillers au service du projet pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants. Dans bien des cas, il sont à l'origine de la mobilisation collective et contribuent à l'accompagnement du projet à long terme. Pour autant, le nécessaire partenariat entre ces acteurs ne s'improvise pas, il est le résultat d'une démarche durable qui conduit à l'émergence d'une culture commune. Dans cette perspective la formation des acteurs se révèle être un enjeu capital!

Références bibliographiques :

"Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école" Editions ENSP (avril 2004)
"La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (enseignants, personnels de santé, partenaires de l'école)" Presses Universitaires du Sud (Toulouse) (septembre 2004)

[1] Loi 89-486 du 10 juillet 1989
[2] Données préliminaires non encore publiées issues de l'étude « Mise en œuvre et évaluation d'un programme basé sur le développement des compétences psychosociales dans le cadre d'une approche globale de l'éducation à la santé en milieu scolaire. » conduite par le laboratoire PAEDI. Enquête réalisée par questionnaires auprès de 2500 élèves de 20 écoles primaires.



EDUCATEURS EDUQUES ET RESPONSABLES ?

Maïlien Contis - *Docteur en droit*

Le législateur français a consacré un chapitre entier de la loi sur les droits des malades aux « droits **et responsabilités** des usagers » du système de santé. Ce faisant, il a certainement voulu marquer l'avènement d'un nouveau type de relation entre professionnels et usagers : la relation équilibrée, dans laquelle le patient n'est plus sujet passif de soins mais à la fois codécideur et coacteur, dès lors coresponsable de la thérapeutique éventuellement mise en œuvre. « Les responsabilités » apparaissent désormais comme le pendant nécessaire et incontournable des droits, et les patients comme des acteurs à part entière du système de santé, endossant – enfin – leur part de responsabilité(s). Sous son aspect logique et rationnel, cet intitulé de la loi suscite néanmoins une certaine perplexité chez le juriste, à qui l'on a enseigné que le terme « responsabilité » désignait l'obligation de réparer le dommage que l'on a causé à autrui. Ce scepticisme est en général de courte durée, tant il est évident que la responsabilité évoquée est de nature morale et non juridique, mais il en va différemment dans le cas particulier de l'éducation thérapeutique. En effet, l'éducation thérapeutique du patient, elle aussi visée par la loi du 4 mars 2002, évoque un transfert de connaissances et de savoir-faire et, par-là même, un possible transfert de compétences et, finalement, de responsabilités. D'où la question : l'éducation thérapeutique opère-t-elle une nouvelle répartition des responsabilités au sein de la relation entre professionnel et usager du système de santé ?

En premier lieu, la responsabilité des soignants, au centre desquels se trouve le médecin, est-elle amoindrie lorsque un processus d'éducation thérapeutique est mis en œuvre? Pour répondre à cette question, il faut garder présent à l'esprit l'élément de définition suivant : l'éducation thérapeutique est une pratique de soins. Elle fait partie intégrante des soins, dont elle n'est ni un préalable, ni un corollaire. C'est même ce qui la distingue principalement de l'obligation d'information pesant sur les soignants à l'égard des soignés[1]. En tant que telle et à défaut d'un régime juridique particulier décidé par le législateur ou au moins reconnu par la jurisprudence, l'éducation thérapeutique est soumise au même régime juridique que tout acte de soins. Elle répond ainsi aux obligations traditionnelles des soignants, et plus particulièrement des médecins. Parmi celles-ci, on peut citer l'obligation de délivrer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, et son contrepoint : l'obligation de ne pas faire courir au patient un risque injustifié. Citons également le secret médical et le devoir d'information, auquel la loi sur les droits des malades a fait une place considérable et qui revêt sans doute, en matière d'éducation thérapeutique, une importance particulière.

Aussi y a-t-il tout lieu de penser que les obligations traditionnelles des soignants ne disparaissent pas du simple fait de ce processus de soins particulier. Au contraire, certaines d'entre elles pourraient bien être exacerbées. Il en est ainsi, par exemple, du devoir d'apporter au patient une information claire, loyale et adaptée sur son état de santé et sur les soins : pour que l'éducation thérapeutique produise le(s) but(s) recherché(s), n'est-il pas nécessaire de parvenir à transmettre un certain savoir sur la maladie et sur les soins, en veillant, plus encore qu'à l'accoutumée, à une bonne compréhension des informations par le sujet ? D'autres sources de responsabilité, en revanche, pourraient ne plus trouver à s'appliquer, ou dans de moindres proportions, du fait de l'auto-administration éventuelle de certains soins par le sujet (questions d'adresse technique du soignant). En définitive, si la responsabilité des soignants ne paraît pas devoir être amoindrie, sa physionomie pourrait s'avérer légèrement différente dans un contexte d'éducation thérapeutique : les obligations des soignants ne sauraient être laissées en jachère, l'éducation thérapeutique ne devant en aucun cas mener à la déréliction. En revanche, leur importance respective n'est probablement pas la même, l'accent étant naturellement mis sur les devoirs que l'on pourrait qualifier de « relationnels » : tous les écrits sur l'éducation thérapeutique mettent en avant l'importance du temps accordé au patient, de l'écoute, de l'attention et de la parole.

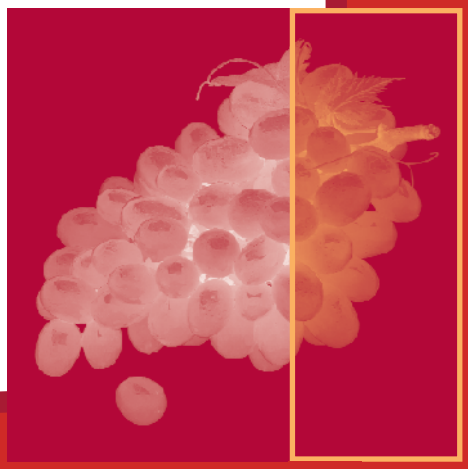
On peut même se demander si le processus d'éducation thérapeutique n'engendre pas des devoirs spécifiques, pour l'heure implicites, mais dont le non accomplissement ou la réalisation insatisfaisante pourrait être considéré par le juge comme fautif (par référence au standard du professionnel consciencieux) : par exemple, l'absence de certaines vérifications avant de décider d'une action d'éducation thérapeutique. Il faut rappeler ici que la responsabilité civile d'un professionnel de santé est engagée lorsque trois éléments sont réunis : une faute, c'est-à-dire un comportement que n'aurait pas eu un professionnel consciencieux, un préjudice pour autrui et un lien de causalité entre la faute et le préjudice. Un comportement qui est invariablement retenu par les juges comme une faute crée implicitement un devoir. Parallèlement, si l'on admet, à l'instar de plusieurs auteurs, que les tâtonnements et les erreurs sont - jusqu'à un certain point - inéluctables au cours du processus d'éducation thérapeutique, l'appréciation de la faute par le juge doit être très prudente et risque de s'avérer fort délicate. Il semble ainsi que la mise en œuvre de la responsabilité nécessite, dans ce domaine, un référentiel particulier. Les critères de qualité en cours d'élaboration pourraient donc s'avérer d'une grande utilité sur le plan juridique.

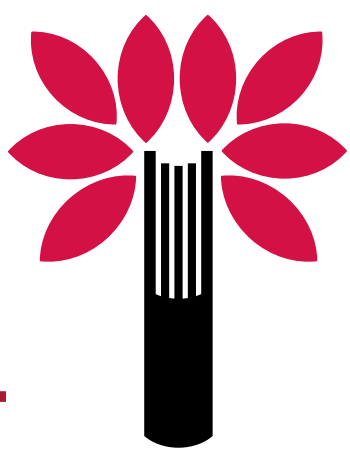
Qu'en est-il, en second lieu, de la responsabilité des patients ?
L'éducation thérapeutique paraît indissociable d'un mouvement de responsabilisation des patients : les amener à une meilleure connaissance de leur maladie, à une plus grande implication dans les soins et à une meilleure observance, c'est sans nul doute les responsabiliser. C'est cependant de responsabilité morale et, à l'heure actuelle, uniquement de cela, qu'il s'agit. Un patient dont la négligence avérée a conduit à l'échec des soins et à une aggravation irréversible de son état de santé, par exemple, ne peut prétendre être indemnisé par le médecin qui l'a pris en charge : il n'y a pas de lien de causalité entre le comportement du médecin et le dommage subi par le patient. Dans la même situation, le médecin peut en outre se désengager de la relation avec son patient, moyennant quelques précautions, en invoquant des raisons personnelles. En revanche, la responsabilité du patient, sur le plan juridique, ne saurait être engagée. Outre le fait qu'il subit la plupart du temps lui-même le préjudice engendré par une mauvaise observance, le législateur français considère que chaque patient est en droit d'accepter ou de refuser un traitement et, a fortiori, de se l'administrer ou de ne pas le faire. Ce droit se situe à son apogée avec le refus (total) de soins.

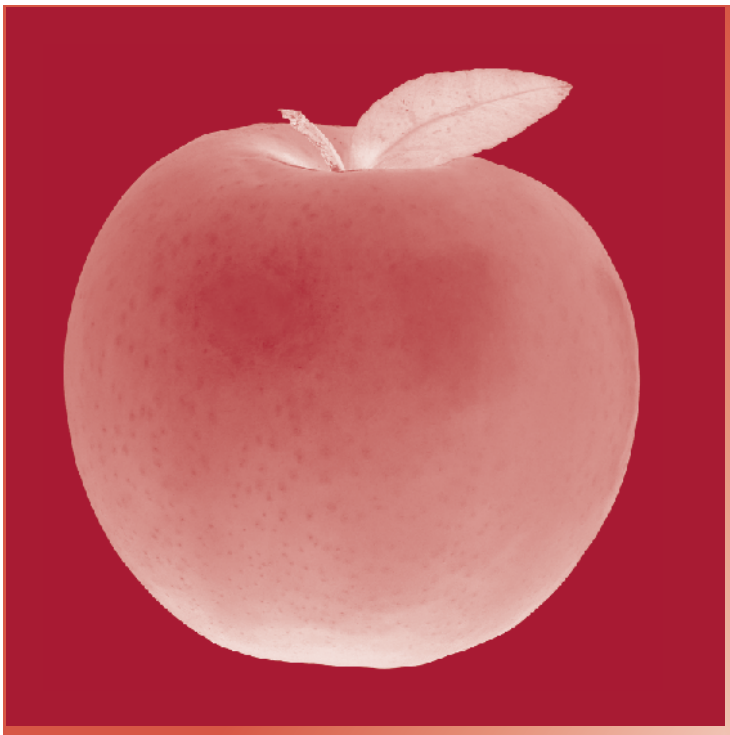
Une responsabilité économique, vis-à-vis de la collectivité, pourrait être également envisagée dans les situations où la mauvaise observance induit un coût et, en définitive, un gaspillage des ressources. Serait ainsi pris en compte, notamment, le cas du malade censé s'auto-administrer les soins à l'aide de matériel financé par l'Assurance maladie et qui, tout en conservant ce matériel par devers lui, ne l'utilise pas. Une responsabilité de ce type n'est cependant pas, pour l'instant, jugée opportune.

Aussi la responsabilité des malades demeure-t-elle, même dans un contexte d'éducation thérapeutique, purement morale, tandis que celle des soignants, sur le plan juridique, n'est a priori pas amoindrie. Néanmoins, par deux des effets qu'elle doit en principe produire : responsabiliser les patients et améliorer leur santé ou leur qualité de vie, l'éducation thérapeutique paraît en elle-même susceptible d'apaiser certaines tensions et pourrait bien, en définitive, avoir un effet positif sur la mise en œuvre de la responsabilité des soignants.

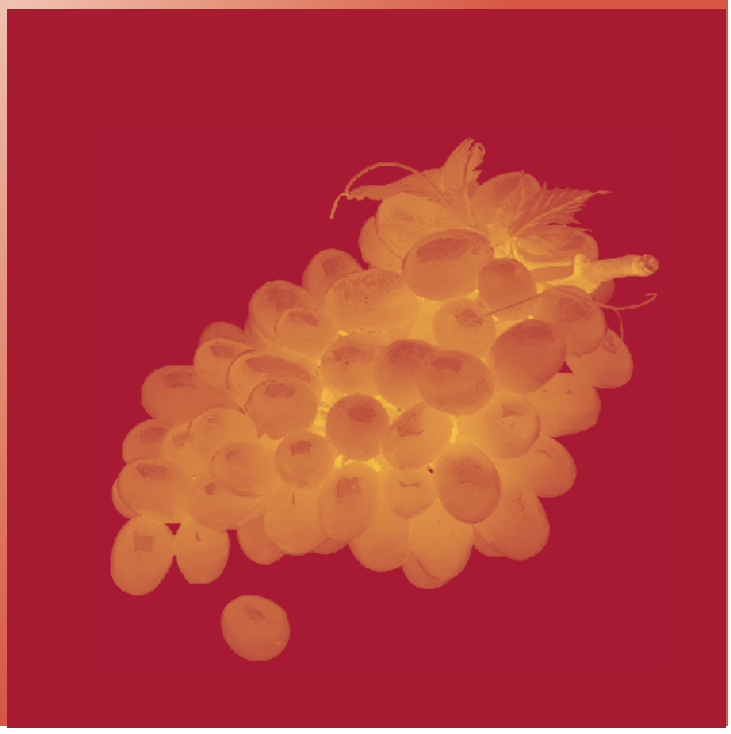
[1] En ce sens, voir le rapport publié par la DGS, *L'éducation thérapeutique du patient*, actualisé en avril 2002, et le rapport de l'Ordre des médecins, *Information et formation du patient*, adopté le 5 novembre 1999.







Recherches et pistes de développement en éducation thérapeutique nutritionnelle



12

L'ÉDUCATION NUTRITIONELLE DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE.

Michel ANDRIEN
CERES, Université de Liège

Premières salves

La préoccupation pour l'éducation nutritionnelle à l'école n'est pas neuve.

En 1977, une réunion des Ministres de la Santé publique de la Commission des Communautés européennes, affirma la préoccupation des neuf Etats membres pour le comportement alimentaire des populations.

Dans la foulée, l'Université de Liège se chargea de la réalisation d'une analyse comparative des programmes d'éducation nutritionnelle à l'école dans les Etats membres. Les principales leçons de cette étude (REGINSTER-HANEUSE – 1981) furent les suivantes :

Aucun pays n'organisait l'enseignement spécifique de la nutrition.

Les programmes scolaires manquaient d'objectifs clairs, étant centrés sur les connaissances, sans le souci d'influencer le comportement.

A cette époque déjà, certains organismes d'éducation pour la santé diffusaient des documents dans une optique préventive. Les relations entre les enseignants et ces organismes de prévention semblaient difficiles.

L'étude mettait déjà en évidence des discordances entre le curriculum explicite (ce qui était enseigné) et le curriculum caché (l'environnement nutritionnel dans lequel vivaient les élèves à l'école).

Les enseignants faisaient état de peu d'intérêt pour la promotion de la santé.

Le terrain était en attente d'outils pédagogiques.

Toujours en 1981, la même équipe de l'Université de Liège produisait un arbre des objectifs pédagogiques qui devait servir de base d'harmonisation des programmes d'éducation nutritionnelle dans les pays de la Communauté européenne (LECLERCQ, REGINSTER-HANEUSE – 1981).

Un curriculum en spirale

Dans les années '90, s'inspirant de l'arbre des objectifs dont il vient d'être question, une équipe européenne de chercheurs en nutrition et en promotion de la santé a conçu un curriculum en spirale de la maternelle à l'âge de seize ans[1].

Ce curriculum est dit « en spirale » parce qu'il aborde les mêmes domaines tout au long de la scolarité obligatoire. Quatre cycles ont été définis, qui correspondent le mieux au commun dénominateur des systèmes scolaires européens.

Quel que soit le domaine, les questions qui, au fil des âges, orientent l'apprentissage sont

reprises dans le tableau suivant :

- **De 4 à 7 ans**
  - **Qu'est-ce que je mange (bois) ?**
  - **Qu'est-ce que j'en pense ?**
  - **Que mangent les autres ?**
- **De 8 à10 ans**
  - **Quelles sont mes habitudes alimentaires ?**
  - **Mon alimentation est-elle variée ?**
  - **Suis-je satisfait de mes choix alimentaires ?**
- **De 11 à 13 ans**
  - **Qu'est-ce qui influence mes habitudes alimentaires ?**
  - **De quelle manière les facteurs sociaux influencent-ils mes habitudes alimentaires ?**
  - **Comment mes habitudes alimentaires influencent-elles ma santé ?**
- **De 14 à 16 ans**
  - **Quelles sont pour moi les valeurs importantes en ce qui concerne les aliments, les repas et la santé ?**
  - **Comment puis-je faire des choix alimentaires qui soient bons pour moi ?**
  - **Comment mes choix alimentaires influencent-il le système alimentaire global ?**

Tableau 1 - Questions-clés du curriculum en spirale

Les domaines abordés tout au long du curriculum sont les suivants :

Alimentation et développement émotionnel : approche des préférences alimentaires, de l'image du corps, des sensations éprouvées en consommant des aliments.

Habitudes alimentaires et influences socioculturelles : identification de ses habitudes, puis comparaison de celles-ci avec celles des autres, approche des modèles («patterns») alimentaires, identification des valeurs et des autres facteurs qui influencent nos choix.

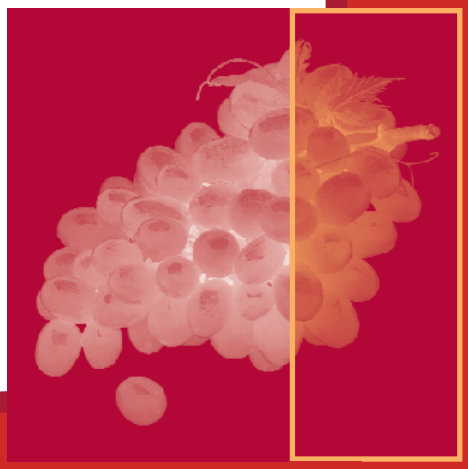
Nutrition et santé individuelle: étude des groupes d'aliments, de la valeur nutritionnelle des aliments, perception des risques pour la santé.

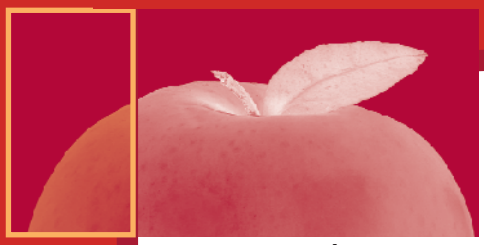
Production, transformation et distribution des aliments : étude de la chaîne alimentaire, des processus de transformation des aliments, de la réglementation et des aspects liés à l'environnement.

Aspects de l'alimentation liés au consommateur :

approche de la qualité, de la publicité, du marketing, de l'étiquetage.

Conservation et stockage des aliments : hygiène de la conservation,





intoxications alimentaires, réglementations nationales et européennes.

Préparation des aliments : hygiène et sécurité de la préparation des aliments, méthodes de cuisson, signification sociale de l'alimentation.

Ainsi, pour chaque domaine, on trouvera les questions à aborder dans chaque cycle ou tranche d'âge. Le tableau suivant donne un exemple : une synthèse des questions à traiter dans le domaine de la nutrition et de la santé individuelle.

De 4 à 7 ans

Identifier et classer les aliments de base.

Savoir qu'il faut couper sa nourriture et bien mâcher pour bien digérer.

Adopter une bonne hygiène bucco-dentaire.

Comprendre l'importance du petit déjeuner.

De 8 à 10 ans

Établir un lien entre alimentation et besoins individuels (liés à la taille, à l'âge, à l'activité…).

Savoir que les aliments contiennent des nutriments et procurent l'énergie nécessaire.

Identifier les aliments qui ne font pas partie des groupes de base et définir leurs fonctions.

Apprendre par expérience le rôle de l'estomac et de l'intestin.

Expliquer les conséquences de la sous (sur)-alimentation.

De 11 à 13 ans

Reconnaître la nutrition comme un facteur de santé.

Nommer les nutriments et les fibres alimentaires et leurs rôles respectifs dans l''organisme.

Classer les aliments en groupes en fonction des nutriments qu'ils contiennent.

Diversifier ses choix alimentaires entre différents groupes d'aliments et au sein de chaque groupe.

Utiliser tous les groupes alimentaires dans l'élaboration d'un menu.

Décrire les fonctions de différents organes de l'appareil digestif.

Connaître les apports nutritionnels conseillés.

Identifier ses propres besoins alimentaires.

Connaître les effets sur la santé de l'excès de graisses dans l'alimentation.

De 14 à 16 ans

Analyser les relations entre l'alimentation et la santé, aujourd'hui et demain.

Identifier les éléments constitutifs d'une alimentation variée.

Comprendre qu'aucun aliment ne peut être qualifié de sain ou de malsain en soi.

Evaluer un régime d'un point de vue alimentaire et nutritionnel.

Comprendre les implications des apports nutritionnels recommandés.

Etre attentif à ses propres repas et collations.

Appliquer les principes de l'équilibre et de la modération à ses apports alimentaires quotidiens.

Comprendre comment l'organisme dégrade les aliments pour en faire des nutriments et de l'énergie.

Connaître les déséquilibres alimentaires et leurs causes.

Tableau 2 : Objectifs dans le domaine de la nutrition et de la santé individuelle

Ces tableaux d'objectifs, pour intéressants qu'il soient ne définissent pas une marche à suivre.

La pédagogie du projet est parfois le meilleur moyen de lancer une innovation dans le cadre scolaire.

UNE MEILLEURE PLANIFICATION DES PROJETS

A la suite d'un colloque qui réunit, à Spa, en Belgique, des experts en éducation nutritionnelle de toute l'Europe, une équipe de recherche interdisciplinaire incluant la plupart des concepteurs du curriculum en spirale s'est penchée sur la planification et l'évaluation de l'éducation nutritionnelle à l'école (ANDRIEN et alii – 1994).

Une proposition a été élaborée sur la base de la pédagogie du projet et des outils de construction de programmes scolaires ont été définis (ANDRIEN, HALBARDIER – 1998).

La planification d'un projet d'éducation nutritionnelle à l'école obéit aux règles habituelles de la planification, telles que définies dans le tableau suivant.

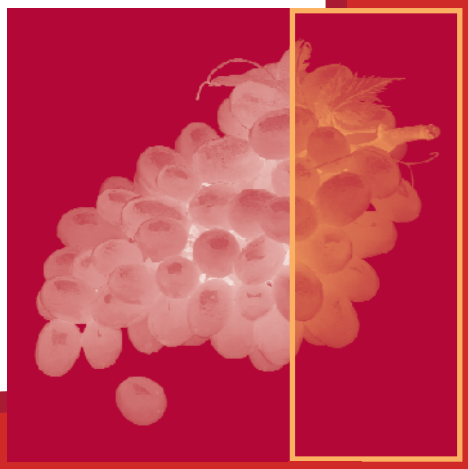
- **Phase 1 : Diagnostic nutritionnel**
  - Analyse de l'environnement nutritionnel
  - Appréciation des activités déjà réalisées
  - Appréciation des acquis des élèves
- **Phase 2 : Préparation de l'intervention**
  - Choix des priorités
  - Définition des objectifs
  - Planification des activités
- **Phase 3 : Réalisation des activités**
- **Phase 4 : Evaluation**
  - Evaluation au niveau des élèves
  - Evaluation au niveau de l'école
  - Evaluation au niveau des familles et de la communauté

Tableau 3 - La planification d'un projet d'éducation nutritionnelle à l'école

Cette approche vise en fait à lancer une réflexion puis des actions qui visent autant à développer un curriculum explicite (tel que le curriculum en spirale évoqué plus haut) qu'à améliorer l'environnement nutritionnel dans lequel l'école fait vivre les enfants (et des adultes).

L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE VUE COMME UNE COMPOSANTE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

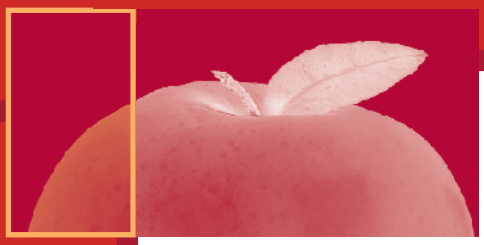
Aujourd'hui, l'éducation nutritionnelle est vue comme une composante de la promotion de la santé à l'école.



Rappelons que, depuis la Charte d'Ottawa, publiée en 1986, la promotion de la santé consiste à :

"établir une politique publique de santé",

"créer des milieux favorables",



“réorienter les services de santé”,

“développer les aptitudes personnelles”,

“renforcer l’action communautaire”.

L’école est concernée par tous ces axes. Elle doit tout d’abord s’inscrire dans les politiques de santé mises en œuvre au niveau national ou régional. Elle doit devenir un milieu de plus en plus favorable à la santé, en donnant toute leur importance, par exemple, au respect des rythmes scolaires, à la lutte contre le tabagisme, à la promotion de l’activité physique,… mais aussi à l’environnement nutritionnel.

Les services de santé qui ont la charge de la santé scolaire doivent recevoir de nouvelles missions, les amenant à jouer un rôle plus actif dans la promotion de la santé. Nous verrons plus loin comment cela s’est récemment illustré dans le cadre francophone belge.

En outre, l’école est par définition un lieu d’apprentissage et donc, un lieu de développement des aptitudes personnelles. A côté des apprentissages de base que sont la lecture, l’écriture et la mathématique, ou plutôt en articulation avec ceux-là, l’école doit aussi viser à développer des compétences en matière de santé et de nutrition.

Enfin l’école est un lieu où la communauté éducative peut se saisir d’un problème afin de lui trouver une solution dans un cadre collectif concerté.

En Communauté française de Belgique, en 1997, les cellules de coordination de l’éducation pour la santé ont été remplacées par les centres locaux de promotion de la santé. Ce changement d’appellation traduit la volonté de dépasser l’éducation pour la santé pour intégrer celle-ci dans une démarche plus vaste qui vise d’autres déterminants de la santé que les aptitudes ou attitudes personnelles. Ces centres ont pour mission de coordonner les actions locales en matière de promotion de la santé, notamment à l’école.

En 1997 également, un autre décret a fixé les nouvelles « missions de l’enseignement ». Dans ce cadre ont été créés les conseils de participation qui ont notamment pour rôle de préparer et d’évaluer les projets d’établissement. Ces conseils de participation réunissent des représentants de toute la communauté éducative : pouvoir organisateur, enseignants, parents, personnel administratif et technique environnement socio-économique et culturel et élèves, dans l’enseignement secondaire.

En 2001, un troisième décret de la Communauté française de Belgique a révisé le rôle et les missions des services de l’inspection médicale scolaire rebaptisés à cette occasion « services de promotion de la santé à l’école ». A côté de leur traditionnelle mission de suivi médical, de dépistage et de prophylaxie, ces services sont aujourd’hui chargés de mettre en place, de suivre et d’évaluer un projet « santé » par école.

En matière de promotion de la santé, l’arsenal législatif autorise donc aujourd’hui un travail de fond au sein de chaque établissement scolaire. La concertation entre les acteurs locaux doit permettre d’institutionnaliser des actions d’éducation nutritionnelle cohérentes avec l’amélioration de l’environnement nutritionnel, pour autant qu’elles soient retenues comme prioritaires par les principaux concernés.

Voici quels sont, pour nous, les principaux critères d’une école promotrice de la santé.

- Partir des attentes et des besoins des élèves.
- Promouvoir l'estime de soi
- Mobiliser les élèves dans des activités stimulantes.
- Etablir une cohérence verticale du maternel au secondaire.
- Protéger et/ou améliorer l'environnement physique.
- Promouvoir le bien-être du personnel, les bonnes relations au sein de l'école et les bonnes relations avec les familles.
- Donner aux enseignants un rôle de référence en matière de santé.
- Affirmer le rôle complémentaire de l'alimentation scolaire.
- Exploiter le potentiel éducatif des services de santé.
- Faire connaître et valoriser le(s) projet(s) de l'école.

Tableau 4 – Les principaux critères d'une école promotrice de la santé

Sur la base de ces critères et du curriculum en spirale défini plus haut, il est possible de définir une politique cohérente de promotion de la santé, et, en particulier de la nutrition à l'école. Une politique cohérente, dans le domaine de la nutrition, c'est une politique qui réussit l'intégration du curriculum explicite (ce qui est enseigné aux élèves) et du curriculum implicite ou caché (l'environnement nutritionnel de l'école).

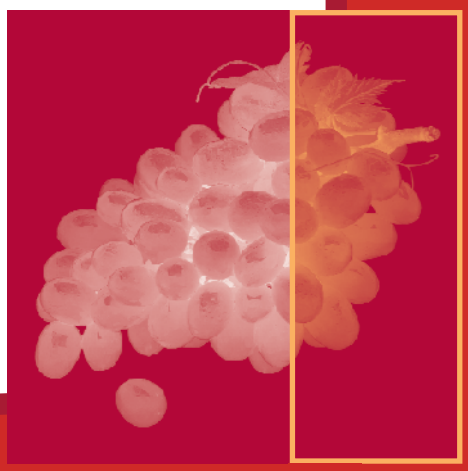
On peut ainsi dépasser le cadre d'un projet ayant une limite dans le temps pour atteindre la dimension d'un programme qui assure la continuité de l'investissement de l'école dans le domaine nutritionnel.

Quelques signaux d'urgence

L'enquête européenne sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire révèle, pour la Communauté française de Belgique, une évolution plutôt négative des comportements alimentaires (PIETTE et alii – 2003).

Ainsi, chez les élèves de 13 et 15 ans, la consommation régulière de légumes (une fois par jour), qui se situait autour de 80 % de 1986 à 1992, n'a plus dépassé les 70 % lors des enquêtes de 1994, 1998 et 2002. La consommation régulière de fruits (une fois par jour) est elle aussi en baisse. Elle a atteint un plancher historique en 2002 (50 %). Quand on sait que le Code européen contre le cancer recommande la consommation de fruits et légumes cinq fois par jour, on ne peut considérer qu'avec stupeur le gouffre qui existe entre les recommandations et la situation sur le terrain.

Toujours chez les adolescents de 13 et 15 ans, la consommation quotidienne de bonbons et la consommation de limonades sucrées se sont stabilisées autour de 60 %, avec la bénédiction des pouvoirs scolaires, qui, dans la plupart des cas, organisent la vente de ces produits dans les écoles. Une décision politique prise récemment devrait changer la donne en France à la rentrée de septembre 2005. Cet exemple pourrait être suivi en Communauté française de Belgique.



L'analyse des causes des problèmes identifiés devrait être la première étape d'une réflexion à mener au niveau local (ANDRIEN et alii – 1992). Il est clair cependant qu'au niveau de la Communauté française de Belgique le gradient social est déterminant.

Les indicateurs d'une nutrition saine se dégradent en effet en fonction du niveau socio-économique. L'étude citée ci-dessus établit ainsi le constat de différences significatives entre élèves de l'enseignement général, de l'enseignement technique et de l'enseignement professionnel trois types d'enseignements marqués socialement, sur la base de trois variables :

La prise quotidienne d'un petit déjeuner chaque jour d'école : la proportion d'élèves du « général », garçons et filles, qui en prennent un chaque matin s'élève à 71 % contre 58 % dans le « technique » et 47 % dans le « professionnel ».

L'excès pondéral : les élèves du « professionnel », garçons et filles, sont proportionnellement bien plus nombreux à se trouver au-delà du percentile 85 des courbes de poids, puis viennent les élèves du « technique », puis ceux du « général ».

La sédentarité : les garçons du « technique « et du « professionnel » sont proportionnellement bien plus nombreux à regarder la télévision au moins quatre heures par jour, et ce, les jours d'école, que les garçons du « général ».

Ainsi, l'urgence d'agir concerne tout particulièrement les couches les plus défavorisées de notre société, ce qui justifie une action d'autant plus déterminée de notre part, si l'équité fait partie de nos valeurs de référence.

Conclusions

L'éducation nutritionnelle à l'école est une préoccupation des autorités politiques européennes depuis plus de 25 ans. Elle est aussi depuis longtemps un sujet d'études et de développement de projets internationaux.

Dès le début des années '90, un projet européen a tracé les grandes lignes de ce que pourrait être un curriculum d'éducation nutritionnelle se développant de l'âge de 4 ans à l'âge de 16 ans. Ce curriculum parcourt six domaines clairement identifiés de la nutrition. Un autre projet européen a tracé les lignes méthodologiques de la planification et de l'évaluation de l'éducation nutritionnelle à l'école.

En Communauté française de Belgique, des réformes structurelles ont récemment redéfini les structures locales de coordination de la promotion de la santé:

les missions de l'école, dans le cadre d'une complémentarité des rôles des divers acteurs de la communauté éducative,

les missions des services de promotion de la santé à l'école, anciennement services de l'inspection médicale scolaire.

Les concepts, les outils et les structures institutionnelles sont donc maintenant bien présents pour faire face à des problèmes que plus personne n'ignore et qui touchent préférentiellement les jeunes de milieu socio-économique défavorisé.

L'éducation nutritionnelle, articulée à la mise en place d'un environnement nutritionnel qui lui est favorable, est donc plus que jamais à l'ordre du jour dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler, de façon ambitieuse, l'école promotrice de la santé.

Références bibliographiques

Michel ANDRIEN, Robert BONTEMPS, Michèle GUILLAUME, Bernadette LAMBRECHTS, L'analyse causale en éducation nutritionnelle, L'exemple du petit déjeuner malin, in *Education Santé*, n° 72, 1992 : 4-7.

Michel ANDRIEN, Anny CLOSSET, Sabine GLIBERT, Carole HUBERTY, Muriel MONOYER, Agnès TITAUX, éditeurs, *Actes du Colloque européen sur l'éducation nutritionnelle dans le cadre d'une école promotrice de la santé, Spa, 22-25 septembre 1994*, Université de Liège, CERES, 1994.

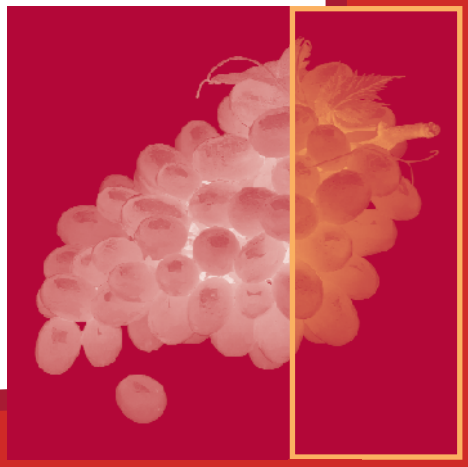
Michel ANDRIEN, Véronique HALBARDIER, éditeurs, *Planification et évaluation de l'éducation nutritionnelle à l'école, Guide méthodologique*, Université de Liège, CERES, 1998.

Dieudonné LECLERCQ, Gilberte REGINSTER-HANEUSE, *Proposition d'un arbre d'objectifs pédagogiques comme base d'une harmonisation des programmes d'éducation nutritionnelle dans les pays de la Communauté Européenne*, Université de Liège, CCE, Direction générale de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Education, 1981.

Danielle PIETTE, Florence PARENT, Yves COPPIETERS, Damien FAVRESSE, Christine BAZELMANS, Laurence KOHN, Patrick DE SMET, *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire, Quoi de neuf depuis 1994 ?*, Université libre de Bruxelles, PROMES, 2003

Gilberte REGINSTER-HANEUSE, *L'éducation nutritionnelle à l'école dans les pays de la Communauté Européenne*, Université de Liège, CCE, Direction générale de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Education, 1981.

[1] Les objectifs de ce curriculum ont été traduits en français et publiés en annexe de notre guide (ANDRIEN, HALBARDIER – 1998), sous le copyright de l'éditeur de langue allemande : Die Ministerium für Frauen, Bildung, Weiterbildung und Sport des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.



POUR UNE APPROCHE QUASI-PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'IMPACT DE L'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE, *OU CE QU'IL Y A DANS LA TÊTE DE BÉATRICE…*

Gérard Reach, *Service de Médecine Interne et Endocrinologie, Hôpital Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et Centre de Recherche en Nutrition Humaine Ile de France, Bobigny.*

Béatrice étalait une épaisse couche de beurre sur la délicieuse tartine chaude, recouvrant le beurre de confiture, et inondait le tout de crème.
- C'est du suicide! dit Franck.
- Ça m'est bien égal, bredouilla Béatrice, la bouche pleine.
(Somerset Maugham, *Les grosses dames d'Antibes et autres nouvelles*)

On peut observer qu'un patient sur deux ne respecte pas à la lettre les recommandations médicales qui lui sont données et peut donc être considéré comme non-observant. Il s'agit d'un problème crucial auquel est confrontée la médecine, en particulier celle des maladies chroniques. La non-observance est-elle la conséquence d'un échec de l'Education Thérapeutique ?

On peut, de même, observer que les patients obèses sont souvent diabétiques. Peut-on se contenter *d'observer* ce phénomène fâcheux sans essayer d'en comprendre le mécanisme ? A l'évidence, non : une première étape est d'observer que les patients obèses sont souvent résistants à l'action de l'insuline, et que la prise de poids, souvent, entraîne une détérioration de l'équilibre du diabète, ce que l'on attribue à une augmentation de l'insulinorésistance. On a certainement fait un progrès. Mais ce n'est que si *l'on comprend comment* l'obésité entraîne une insulinorésistance (le mécanisme) – le tissu adipeux sécrète des substances qui s'opposent à l'action de l'insuline (acides gras, résistine, TNF-alpha) ou qui au contraire la favorisent (adiponectine) - que l'on va pouvoir justifier de prescrire des glitazones à des patients diabétiques bien qu'elles entraînent souvent une prise de poids : en fait le tissu adipeux nouveau est capable de stocker les acides gras néfastes et de produire de l'adiponectine ; voici qu'une prise de poids s'accompagne d'une amélioration de la sensibilité à l'insuline et d'une amélioration de l'équilibre du diabète !

L'essai qui va suivre, que l'on pourrait intituler *ce qu'il y a dans la tête de Béatrice*, est un plaidoyer pour une approche quasi-physiopathologique de l'observance thérapeutique : j'ai tenté d'y esquisser une description des mécanismes mentaux qui conduisent à une action thérapeutique, ce qui devrait permettre de préciser les cibles de l'Education Thérapeutique.

Les philosophes, rappelle Pascal Engel en citant cet échange entre Franck et Béatrice dans sa préface de *Paradoxes de l'irrationalité* de Donald Davidson, aiment à se demander *comment* de telles choses, qui semblent défier la rationalité, par exemple s'empiffrer alors qu'en principe on suit un régime, sont *possibles* (1). Ils ne se contentent pas de dire : Béatrice suit, ou ne suit pas son régime, parce qu'elle a telle ou telle croyance, concernant sa vulnérabilité ou la perception qu'elle se fait de la gravité de l'obésité - on reconnaît ici le *Modèle des croyances de santé*. Ils commencent par définir le terme même de croyance. Le philosophe Frank Ramsey (1903-1930) dit ainsi : « *En philosophie, nous prenons les propositions de la science et de la vie courante et nous nous efforçons de les présenter dans un système logique, avec ses termes primitifs et ses définitions, etc.* » (2). C'est important pour l'objectif que je me suis fixé : pourrait-on comprendre la physiopathologie de l'obésité, si on n'a pas d'abord défini les notions d'hormone, de récepteur, de voie métabolique etc.

Il faut donc se demander *ce qu'il y a dans la tête de Béatrice.*

Il y a des états mentaux dans la tête de Béatrice

On peut en décrire trois types**.** Il y a d'abord les états définis comme *intentionnels* (3), c'est-à-dire ayant un *contenu* qui a la forme d'une proposition, pouvant être présentée sous différentes *attitudes* : par exemple, la croyance Béatrice *croit* que « *la crème fouettée fait grossir* » est un état mental intentionnel : ici, l'*attitude* est une croyance, et le *contenu* de la croyance est la proposition : *la crème fouettée fait grossir.* La même proposition pourrait être désirée, crainte, regrettée etc. La croyance et le désir représentent le type même des états mentaux intentionnels : on ne peut pas croire ou désirer en soi, sans renvoyer à l'objet de la croyance ou du désir ; on croit ou on désire nécessairement *quelque chose*. Mais il existe également d'autres « états intentionnels » ayant un contenu : des connaissances, des compétences, des perceptions, des souvenirs et des émotions.

Tous ces états mentaux ayant un contenu diffèrent d'un deuxième type d'états mentaux, ayant la forme de sensations purement viscérales, telles, par exemple, que la faim, la soif, la douleur, l'envie d'uriner, ou d'états d'esprit, tels que l'ennui ou le spleen, qui, eux, sont perçus en tant que tels, sans qu'on puisse toujours leur attribuer un contenu (je ne peux pas dire *ce que* j'ai mal). En fait, comme le fait remarquer Jon Elster, les états mentaux sont constitués d'un continuum, « *ayant à un extrême des états non cognitifs ou purement viscéraux comme la faim, le vertige etc. ; ensuite, il y a des états qui possèdent des objets intentionnels mais qui peuvent ne pas être influencés par la cognition comme la faim, la soif et le désir sexuel, ou, comme certains besoins compulsifs, avoir des objets intentionnels et mettre en jeu des cognitions. Ensuite, il y a les émotions. A l'autre extrême de ce continuum, il y a les états motivationnels qui n'impliquent en aucune façon une excitation viscérale, comme ma décision calme de prendre un parapluie parce que je crois qu'il va pleuvoir et que je ne veux pas être mouillé* » (4).

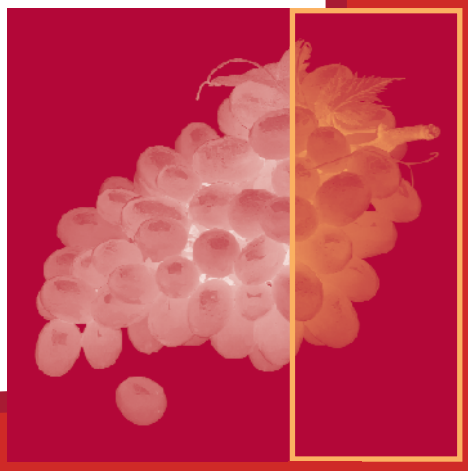
Troisièmement, les états mentaux sont situés dans tout un ensemble de pratiques, de compétences, d'habitudes, de présupposés et de positions implicites, définissant « l'Arrière-plan » proposé par John Searle (3). Par exemple, avant de poser une bouteille sur une table, je dois avoir le présupposé implicite qu'elle est suffisamment solide pour que la bouteille ne passe pas à travers.

Les états mentaux sont organisés sous forme holistique ; une croyance, par exemple, ne peut exister de manière isolée, son existence impliquant l'existence d'autres croyances : pour reprendre un exemple donné par Donald Davidson (5), la croyance que la glace fond implique une multitude, voire une infinité de croyances sur la glace, la température, les liquides etc.

Fonction des états mentaux

Les états mentaux sont des facteurs motivationnels et agissent donc comme des dispositions, d'une part, à une action : je crois que boire le contenu de ce verre fera que je n'aurai plus soif, mais aussi d'autre part à l'assertion de leur contenu : je crois que je ne suis pas malade, et je dis à mon médecin : « je ne suis pas malade ». Concernant spécifiquement l'action, le désir et la croyance jouent un rôle moteur : je fais telle action par ce que j'ai un certain désir, et parce que je crois que l'action en question appartient aux actions qui peuvent faire en sorte que mon désir sera assouvi. Ramsey, par exemple, propose que « *nous agissons suivant la manière qui nous semble la plus propice à la réalisation des objets de nos désirs, de sorte que les actions d'une personne sont entièrement déterminées par ses désirs et ses opinions* » (2).

D'une manière générale, les croyances font donc partie de l'ensemble des arguments utilisés dans la délibération qui conduit à une action. En effet, cette dernière n'est accomplie qu'après que l'agent ait « tout bien considéré », selon l'expression de Davidson, dans une délibération qui consultera ce que représente ce « tout bien considéré » : l'ensemble « *des choses connues, crues, ou estimées par l'agent, la somme de ses principes, opinions, attitudes, et désirs pertinents* » (6). En effet, si l'action découlait immédiatement de l'existence d'un seul couple désir-croyance approprié, je pourrais, par exemple, boire le contenu de ce verre, alors que je sais qu'il contient du poison.



Il convient ici de faire entrer en scène les émotions. Considérons leur définition générale, donnée par Pierre Livet : «*C'est la résonance affective, physiologique et comportementale d'un différentiel entre un ou des traits perçus (ou imaginés ou pensés) de la situation en cause, et le prolongement de nos pensées, imaginations, perceptions ou actions actuellement en cours*» (7). En d'autres termes les émotions résultent de la constatation d'un différentiel entre ce que je pensais qu'était l'état du monde (par exemple je croyais que j'étais en bonne santé) et ce que je constate de son état réel (j'apprends que je suis malade).

Surtout, les émotions jouent un rôle central dans la formation des croyances et des désirs, parce qu'elles conduisent, du fait même de leur naissance en réponse à la constatation d'un différentiel entre nos attentes et la réalité, comme le souligne Livet, à une *révision* de nos attentes, de nos croyances et de nos désirs, révision à laquelle elles pourraient être indispensables : on conçoit que les émotions peuvent intervenir de manière causale dans le travail psychique qui conduit, ou bien à l'acceptation de la maladie, ou bien, au contraire, le sujet choisissant la révision qui lui est la moins coûteuse, au déni (7). De même, les désirs, non seulement sont à l'origine de nos actions, mais de plus interviennent dans la manière dont nous formons nos croyances ou accumulons des informations. Par exemple, nous croyons plus volontiers ce que nous désirons.

Au terme de ce qui précède, on voit se dégager une clarification du concept de l'*intelligibilité* des messages apportés par l'Education Thérapeutique. Certes, son premier rôle est d'apporter des connaissances, ou plutôt des compétences - incidemment, le mot « connaissances » n'est pas mentionné dans la définition qu'en donne l'OMS (8). En fait, son véritable rôle me paraît être de créer les conditions, pour le patient, de l'acquisition de nouvelles croyances susceptibles d'être utilisées dans la délibération qui conduit à la réalisation d'un acte thérapeutique (Béatrice ne met pas de crème sur sa tartine). L'intelligibilité d'un message éducationnel pourrait ainsi être définie comme la capacité qu'a son contenu de pouvoir être intégré sous la forme d'une nouvelle croyance dans l'ensemble des états mentaux intentionnels qui constituent le holisme de l'esprit. On a vu le rôle majeur que jouent les émotions et les désirs des patients dans cette intégration.

La figure ci-dessous tente de représenter le fonctionnement des différents états mentaux présents dans la tête de Béatrice. On a représenté la place de l'Education Thérapeutique. Elle n'a pas seulement pour but d'apporter des connaissances et des compétences. Elle doit également s'enquérir, par l'empathie, de ce qui apparaît beaucoup plus profond, et plus directement impliqué dans l'action, les croyances, les émotions, et les désirs des patients. On peut d'ailleurs, en insistant sur le rôle moteur des croyances et des désirs, comprendre l'essence même du « diagnostic éducatif », superbement évoqué par cette citation de Vincent Descombes : « *Lorsque je veux savoir si telle personne croit telle histoire, je ne me demande pas principalement si l'histoire elle-même est croyable, s'il y a donc des raisons de la croire. Je me demande si elle est croyable par la personne en question, avec les idées et les dispositions qu'on lui connaît. Il n'en va pas autrement de l'attribution d'un désir. L'enfant veut-il ce gâteau ? Je ne me demande pas si le gâteau est bon, s'il y a des raisons de le trouver appétissant, mais bien s'il y a des raisons de juger que l'enfant le trouve appétissant* » (9). Trop souvent peut-être avons-nous tendance à attribuer aux autres nos propres désirs et nos propres croyances. Il s'agit sans doute là d'une cause majeure de non-observance thérapeutique, et peut-être aussi d'un véritable pêché, d'un point de vue strictement éducatif.

C'est donc une description *logique, pour ne pas dire physiologique*, du fonctionnement mental, qui a été esquissée ici, grâce aux concepts définis par la philosophie de l'esprit. Elle doit pouvoir être le prélude à une compréhension quasi-physiopathologique de phénomènes comme l'observance ou la non-observance thérapeutique, mais aussi l'acceptation ou le déni de la maladie (10). Cependant, la notion que notre esprit est organisé de manière holistique, a une implication majeure : dans la notion de *holisme*, le *tout*, qui le caractérise, est *plus* que la somme des parties qui le constituent, et ce *plus* est inaccessible. Ceci est bien décrit par Descombes : « *Le holisme doit être compris comme un rejet de l'atomisme, c'est-à-dire de l'idée qu'on va pouvoir reconstruire la vie mentale des gens en*

combinant, par des principes d'association d'idées ou d'enchaînement de signifiants, des atomes psychiques » (11). Dans le domaine qui nous intéresse, ceci signifie qu'il y a une limite au diagnostic éducatif : nous ne pourrons jamais savoir *tout* ce qu'il y a dans la tête de Béatrice.

Figure 1 : Le diagnostic éducatif. J'ai utilisé une toile de Botero, *La sieste* (1982), pour représenter Franck s'essayant au *diagnostic éducatif* en se demandant, pendant qu'elle dort, ce qu'il y a dans la tête de Béatrice. On remarquera que les connaissances et les compétences ont un rôle instrumental ; que les émotions jouent un rôle majeur dans le déterminisme des croyances et des désirs ; que ceux-ci sont les véritables moteurs de nos actions.

Références : une bibliographie inhabituelle

1- Engel P, Préface de *Paradoxes de l'irrationalité* de Donald Davidson, Editions L'éclat, traduction et préface de P. Engel, 1991

2- Ramsey F. *Logique Philosophie et Probabilités*, Mathesis, Vrin, 2003

3- Searle J, *L'Intentionalité*, Les Editions de Minuit, 1985

4- Elster J, *Strong feelings, emotion, addiction and human behavior,* The 1997 Jean Nicod Lectures, A Bradford Book, The MIT Press, 2000

5- Davidson D, *Paradoxes de l'irrationalité*, Editions L'éclat, traduction et préface de P. Engel, 1991

6- Davidson D, *Comment la faiblesse de la volonté est elle possible*, Essai 2 de Actions et événements, Préface et traduction Pascal Engel, P.U.F., Epiméthée, 1993

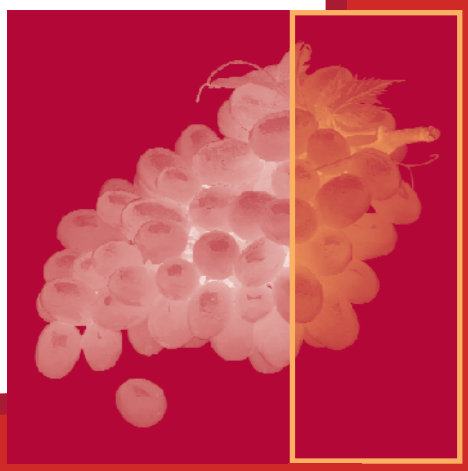
7- Livet P, *Emotions et rationalité morale*, P.U.F., Collection Sociologies, 2002

8- *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1998, p. 8

9- Descombes V, *La denrée mentale*, Les Editions de Minuit, 1995

10- Reach G, *Réflexion sur la maladie chronique : une démarche physiopathologique pour comprendre la place du temps*. In : Traité de Diabétologie, A. Grimaldi, ed., Flammarion, sous presse

11-Descombes V, *Les institutions du sens*, Les Editions de Minuit, 1996



PRATIQUES ALIMENTAIRES ET STRATÉGIES IDENTITAIRES

Graziella CORTI *Anthropologue et enseignante d' histoire et géographie (Suisse)*

MANGER: ACTE UNIVERSEL ET PARTAGE DES DIFFÉRENCES

L'anthropologie de l'alimentation, qui pendant longtemps avait été considérée, à l'intérieur de la discipline comme sujet mineur, souligne, au–delà de l'importance matérielle des pratiques alimentaires et des actes de cuisine, le fait que manger et cuisiner c'est partager un langage: de ce fait nous évoquons les notions d'appartenance identitaire et d'altérité (vu que toute définition de soi naît de l'interaction avec l'autre).

Activité universelle, l'alimentation saisit les différences, véhicule un potentiel symbolique très important dans la formation identitaire d'un individu et d'un groupe social.

En fait toute société définit un répertoire de modes de préparation et un répertoire du comestible, ainsi que des systèmes de conservation des aliments, d'approvisionnement, de manières de table, selon des représentations sociales et des règles construites dans le temps par un certain groupe social: nous ne mangeons pas n'importe quoi avec n'importe qui.

Des normes sociales régissent les pratiques de consommation alimentaire et définissent souvent le système normatif des goûts, malgré l'autonomie individuelle et la plasticité que les humains montrent dans le changement.

La cuisine est un ensemble d'ingrédients et de techniques utilisés pour préparer des aliments, en même temps elle est un travail sur les représentations et les croyances relatives à la nourriture.

A travers la cuisine nous transformons les saveurs, la texture des aliments et nous opérons également des modifications dans le registre de l'imaginaire. Certainement nous sommes dans une thématique complexe qui conjugue des dimensions différentes: du biologique au culturel, de la fonction nutritive à celle du symbolique, de l'individuel aux significations collectives.

L'ALIMENT ET LES FRONTIÈRES DU CORPS

Par le fait qu'il doit être incorporé, l'aliment franchit la frontière entre notre corps et le monde extérieur: les limites du corps sont traversées par ce qui entre et ce qui ensuite est évacué.

Manger est un acte d'une intimité fondamentale " la bouche est en fait le dernier 'poste frontière' entre le monde du dehors et celui du dedans" (Rozin 1994:22). La bouche, au milieu du visage, est l'une des zones les plus investies du corps, elle est sensible à la température, à la forme, à la texture de l'aliment et en plus elle incarne la parole, l'affirmation du soi.

Une fois les limites du corps franchies, notre substance même devient étrangère: nous pouvons sucer notre sang mais pas s'il a touché un lieu externe.

L'ingestion produit un mélange entre le corps du mangeur et les aliments, nous disons que l'on est ce que l'on mange. Donc la nourriture doit être bonne à penser (Lévi–Strauss 1964), dans le sens qu'il faut pouvoir penser sa place dans le monde: distinguer, classer ses composantes: nous évoquons ainsi la notion de souillure, de pureté et de contagion, il faut mettre à l'écart le sale et donc le dangereux. (Douglas 1998).

Nous sommes évidemment dans l'idée que si la nourriture fournit la substance pour vivre,

dès la petite enfance s'organisent, autour d'elle, les premiers rapports personnels et la transmission affective: offrir de la nourriture reste un des rites centraux de l'hospitalité.

L'aliment a un effet bon ou mauvais sur le corps, nous voyons donc l' évident lien avec la médecine. Il existe d'ailleurs une parenté entre les mots recette et ordonnance, qui, en plusieurs langues comme l'italien "ricetta", est applicable au culinaire et au médical (Fischler:235).

L'aliment peut contaminer ou opérer une transformation souhaitée (Ossipow 1997), parce que nous incorporons analogiquement ses caractéristiques imaginaires soit physiques, soit morales: les peurs récentes liées à la viande, au soya transgénique, les régimes miracles et les tabous alimentaires sont bien révélateurs de cette préoccupation.

Manger comme acte collectif

Manger ensemble est un signe d'amitié ou de stratégie et de toute façon engage un rapport: la table est un lieu d'échange social: un accord se scelle au cours d'un repas; en revanche, manger avec des gens pour lesquels nous entretenons des sentiment d'aversion ne fait pas la gaieté.

Manger les mêmes plats ou dans le même récipient représente l'image de la vie en commun et de l'identité du groupe.

Nous marquons ainsi une appartenance à un milieu social par l'affirmation d'une spécificité alimentaire.

La cuisine est aussi la médiation d'une logique sociale de distinction d'un groupe social par rapport à un autre (Bourdieu 1979), les choix ou les interdits de consommation sont chargés de signification, même si parfois les acteurs obéissent à des schèmes d'action intériorisés, par exemple pour les goûts alimentaires, dont ils ne sont pas conscients.

Un tel système de classement des pratiques incorporées par le sujet, organise ensuite les façons d'agir et renforce certaines convictions, par exemple l'idée que chaque groupe social se fait de son corps et des effets de la nourriture, les remémorations, les émotions.

Naturellement dans la pratique culinaire il faut considérer les changements, la mobilité sociale et le fragile équilibre susceptible de la constante construction et reconstruction identitaire dans une société globale.

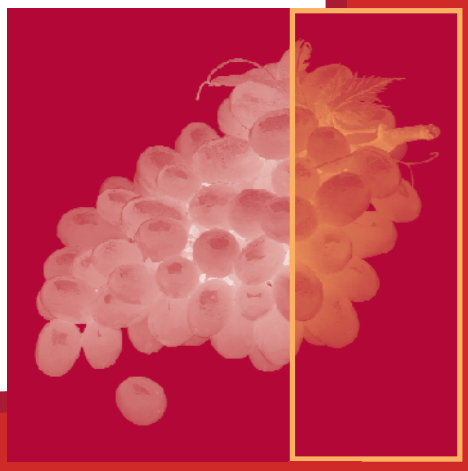
Par contre il existe des plats auxquels un certain groupe a accordé un surcroît de qualités positives et une valeur à travers les éléments de sa composition, ces plats revendiqués comme signifiants, deviennent médiateurs d'une identité, des signes considérés spécifiques. Ils sont une image représentative du soi et du groupe d'appartenance. Souvent il s'agit d'un plat fabriqué par le remplacement de produits et par une recomposition de qualités de la nourriture, mais qui évoque certaines significations (comme le riz pour les migrés du Sénégal ou la pâte pour les Italiens migrés).

Face à la globalisation

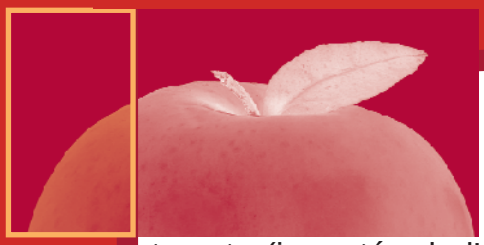
L'anthropologue Appaduraj (2001) observe la complexité et l'historicité du phénomène de la mondialisation à notre époque, ainsi que son impact sur la vie culturelle.

Mouvement de population et communication de masse engendrent un bricolage dans l'imaginaire collectif actuel. Celui-ci s'oppose à des structures relativement stables et entraîne un bouleversement qui investit les pratiques quotidiennes, comme celle de la cuisine. Nous sommes plus que jamais dans une invention permanente qui utilise aussi les images que les médias nous mettent à disposition.

La production d'une identité de groupe est fondée non pas sur un territoire, mais sur un paysage d'images partagées et construites par la circulation généralisée de technologies de communication.



D'ailleurs, dans les pratiques alimentaires, de



nombreux exemples illustrent, plus ou moins clairement, la multitude d' échanges et d' influences réciproques, opérées par les migrations au cours de l'histoire humaine, par la diffusion de produits inconnus dans certains lieux: pensons seulement à l'importance de la tomate (importée de l'Amérique) dans la cuisine dite italienne; ou bien de l'arachide (introduite par les Français en ouest Afrique, alors que au Pérou on a découvert les restes les plus anciens de la domestication de cette plante) qui sert pour les sauces préparées au Sénégal.

En matière d'alimentation le métissage est un processus infini et souvent il est impossible d'avoir des repères précis sur des hypothétiques habitudes d'un milieu culturel ou de la provenance d'un certain plat.

En plus, dans les sociétés contemporaines, nous assistons de plus en plus à l'émergence d'un local imaginé, détérritorialisé, source de célébrations dans le contexte de la jeunesse. Alors voilà qu'on parle de " cuisine d'Afrique" pour évoquer les saveurs fortes des sauces et de certains produits que désormais nous achetons au supermarché déjà prêts, ou des produits dits du terroir, avec les qualités et les saveurs de la cuisine d'autrefois, fabriqués par des multinationales.

Une petite enquéte

Dans l'impossibilité de réaliser une véritable enquête de terrain, avec une observation participante, pour ce qui concerne la nourriture choisie par des jeunes, je me suis limitée à une petite enquête semi–directive chez une vingtaine de filles et garçons en âge scolaire, dans une deuxième secondaire où j'enseigne l'histoire. Ces entretiens, complétés par des semainiers où les élèves devaient remplir un tableau hebdomadaire sur leurs repas, ont été précieux pour faire des observations et des comparaisons.

Dans ce milieu scolaire, le choix alimentaire et les repas en particulier, sont souvent source de débat et de confrontation parmi les étudiants ou entre jeunes et adultes.

Si le contact avec les petits/tes informateurs/trices était facile et enrichissant, il ne faut pas oublier que les élèves me connaissent comme enseignante et pensent savoir mes idées sur certains produits; parfois ils/elles désirent cacher des informations personnelles ou des habitudes que je n'ai pas eu la possibilité de vérifier dans leur maison; je me limite donc à quelques données sur leurs discours et sur leurs pratiques dans l'espace scolaire.

La signification des aliments et l'influence des pairs

La première constatation que j'ai pu faire dans le contexte de mes jeunes informateurs/trices est l'importance des pairs pour les choix et goûts alimentaires. Les règles et les pratiques alimentaires acquises dans chaque famille sont confrontées au groupe d'âge et c'est dans cette sociabilité qu'elles prennent du sens.

La publicité nous montre les groupes de jeunes consommateurs de nourriture, souvent dans un lieu public, presque jamais à la maison, elle exerce une influence auprès de mes informateurs/trices. Si la plupart du temps ils/elles mangent chez la famille, leur désir est de pouvoir choisir en liberté le lieu et l'horaire de consommation du repas, en évitant les rituels de table chez soi. La remise en discussion des valeurs socialement acceptées comme le repas partagé, dans un lieu d'échanges communicatifs entre les membres de la famille, modifie les pratiques alimentaires.

Les jeunes acteurs parlent du temps libre à disposition pour entretenir les amitiés qui, loin d'être perçu comme augmenté, est pensé comme restreint et sujet à trop de contraintes.

Donc un modèle tel que celui qui circule dans les médias, avec la marque USA, fast-food, est pour eux chargé d'une signification de liberté individuelle et d' autonomie face au monde des adultes; c'est un modèle de bonheur et satisfaction personnelle surtout parce qu'il montre l'assouplissement de certaines règles et habitudes de table. J'ai remarqué qu'ils/elles utilisent ce genre de discours de manière ostentatoire.

Les saveurs marquées de certains produits de la cuisine locale et du terroir tendent à se diluer pour une uniformisation des saveurs. Les aliments que les sujets de mon enquête semblent détester sont les produits comme le potage de légumes, les asperges, les oignons, le fromage piquant, les lardons, ou les viandes comme les tripes et le foie. Les odeurs et les goûts trop évidents sont objet de méfiance.

Par contre ils affirment adorer les hamburgers, le ketchup, les frites, les pâtes, les würstel, les yaourts et les glaces colorées que nous trouvons dans les rayons des supermarchés.

Mais il ne faut pas croire qu' à la standardisation: ils/elles affirment aimer les particularismes et la cuisine exotique, transformée à notre guise et réclamisée par les recettes des magazines: la pizza italienne, le poulet frit en morceaux, le bircher suisse, le sandwich multi–étages, les tacos mexicains, le Coca cola ou les biscuits au gingembre et cardamome figurent parmi les repas préférés idéalement ou achetés s'ils disposent de moyens économiques.

Ils/elles mentionnent toujours un repas condensé dans un plat unique où les aliments sont servis dans une seule assiette et consommés avec les amis sur une banquette des parcs où dans les lieux publiques: un prêt – à – manger au choix.

Rupture entre le bon et le sain?

Les discours publicitaires cherchent d'une part à célébrer l'abondance et les particularismes tout azimut et d'autre part ils nous obligent à l'obsession du régime minceur: nourriture saine, ventre plat et corps maigre.

Le régime introduit, dans le manque de règles souhaité par mes informateurs/trices, une norme, en essayant de réconcilier bon et sain, par exemple avec les produits au mot magique *light:* yaourt light, beurre light, sandwich light, dans une confusion et un mélange d'influence entre cuisine et régime. On propose alors des quantités réduites, raffinement de présentation, surgelés griffés aux saveurs délicates, stigmatisation du sucre, dans une préoccupation diététo–cosmétique à laquelle les jeunes sont sensibles.

Mes jeunes informateurs/trices affirment la nécessité de ne pas être en excés de poids et considèrent parmi les nourritures dangereuses pour la santé les boissons sucrées, les desserts, les frites, les hamburgers et les aliments congelés, exactement celles qu'ils/elles aiment le plus et mangent quand ils en ont la possibilité.

Parmi les aliments perçus en relation à la santé figurent les légumes, les fruits, les céréales, les jus de fruits, l'eau naturelle et la salade: produits qui figurent exactement aux dernières places de préférences.

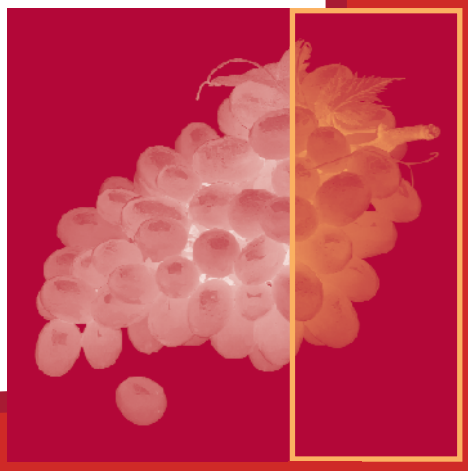
Répétition par cœur du discours des adultes? Force de la déréglementation? Discours médical reproduit? Puissance des répertoires alimentaires qui entraînent des représentations partagées par les jeunes? Frontières floues entre cuisine et régime?

Le plaisir à régler

Les représentations du régime et du corps mince introduisent donc un système de référence et un modèle de restriction dans l'abondance et le choix de nourriture à disposition.

L'esthétique corporelle diffusée par la publicité dans la société contemporaine déteste le gras et nous montre corps jeunes et maigres: les jeunes se rêvent minces et rejettent – au moins dans le discours– la cuisine grasse et sucrée.

L'idéal presque inaccessible de la minceur est une façon de penser la beauté dépourvu de précédents historiques soit dans notre société, soit dans d'autres milieux sociaux (Fischler).



Plusieurs jeunes interviewés, surtout les filles, confirment cet désir et souhaitent rester maigres en permanence.

Elles sont bien conscientes que la mode leur impose de ne pas pouvoir tricher sous les vêtements: le corps se montre à tout âge, à commencer par celui des teen-agers, et, pour être acceptés dans le groupe des copains chacun doit apparaître conforme à la mode et aux regards des autres.

Pour cultiver la beauté il est nécessaire adopter une uniformité dans les choix individuels: graisse et laideur sont perçues comme le résultat d'une certaine indiscipline dans le choix alimentaire et l'entretien du corps. L'exagération dans l'autre sens entraîne "la maladie des personnes qui ne veulent plus manger du tout " – ainsi explique une des mes informatrices.

Le désir de manger sans les prescriptions des adultes, sans rituel de table, sans horaires établis, toute sorte de nourriture aimée, dans la liberté la plus grande, se heurte à des sollicitations contradictoires, entretenues par l'influence des pairs et par les normes partagées et diffusées par les médias.

Comme le dit Fischler, nous avons toujours besoin de penser notre alimentation dans un système de règles, d'incorporer des restrictions, même si la régulation, dans notre société, est plongée dans un système de marché, où les produits light et les programmes amaigrissants sont à vendre.

Privation et réglage des quantités comme une réponse à l'affranchissement des normes en matière alimentaire, même si certains jeunes garçons et filles se préfigurent une absence de règles?

Certes mes informateurs /trices ne cherchent pas l'autonomie et la connaissance en pratiquant la cuisine: seulement un groupe marginal accompagne les adultes pendant les achats, et très peu d'entre eux/d'elles fréquentent les fourneaux (à l'exception de la préparation de pâtes ou biscuits).

Ils envisagent plutôt l'autonomie par le fait que les parents adoptent un modèle alimentaire "jeune": petit déjeuner à la carte, frigo ouvert, repas à base de pâtes, pizza, frites, poulet, glaces et boissons sucrées, assumés d'une façon informelle, lorsque le travail impose une pause limitée, achat de *dolci e merende* dans les kiosques pour calmer la faim.

Ce que nous mangeons modifie notre être et ces règles alimentaires et culinaires ordonnent les conduites, d'autant plus dans une société de l'abondance.

Conclusion

L'anthropologie de l'alimentation se révèle un domaine utile à l'exploration du sentiment d'appartenance et de la construction de l'identité. Les pratiques et les discours autour de l'imaginaire alimentaire et de la cuisine donnent l'opportunité de regarder les représentations et leurs significations.

Les groupe de jeunes informateurs de mon enquête se réfèrent à "leur cuisine", instaurant ainsi une distinction entre leur façon de se nourrir et celle des adultes: nous voyons ainsi comment le groupe de pairs est important.

La diffusion d'images publicitaires pensées pour les groupes de jeunes, démonstration de l'intérêt qu'on leur porte – même si commercial – contribue à forger un regard que ces jeunes ont d'eux mêmes: ainsi ils/elles sélectionnent, à travers un jeu de miroir, des choix culinaires et des comportements pensés valorisants.

Mais il est nécessaire de redéfinir une relation autre avec la nourriture, qui aille au–delà de l'absence de règles et la méfiance pour certains aliments, qui change avec les modes. Cette relation passe à travers une vraie écoute de la personne et la critique d'un savoir qui ne peut pas être pensé à l'abri des mythes imposés.

Références Bibliographiques

APFELBAUM Mariam

1994.– “La diète prudente est–elle raisonnable?” in: *Autrement. Manger magique*, (149), p.179–183

APPADURAI Arjun

2001.– *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation (Modernity at Large. Cultural Dimension of Globalisation)* .– Paris: Payot

BOURDIEU Pierre

1979.– *La distinction, critique sociale du jugement*.– Paris: Minuit

CORBEAU Jean–Pierre (ed)

2000.– *Bastidiana. Cuisine, alimentation, métissages, 31–32*

DOUGLAS Mary

1998.–”La Pureté du corps” in: *Terrain* (Paris) 31, p.5–12

FISCHLER Claude

1990.– *L’homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*.– Paris: Odile Jacob

GOODY Jack

1984.– *Cuisines, cuisine et classes,* Paris: Centre Pompidou

LÉVI–STRAUSS Claude

1966 (1958).– *Antropologia strutturale,* Milano: Il Saggiatore, p.98–115

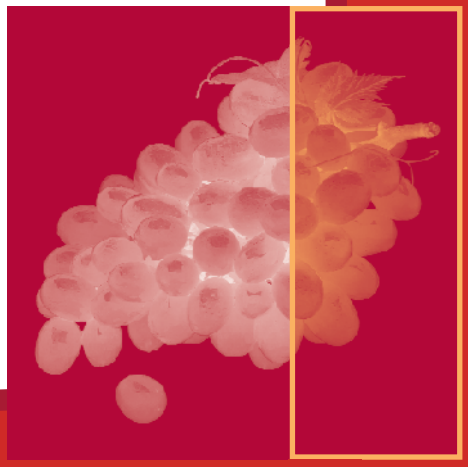
1999 (1968).– *L’origine delle buone maniere a tavola*.– Milano: Il Saggiatore

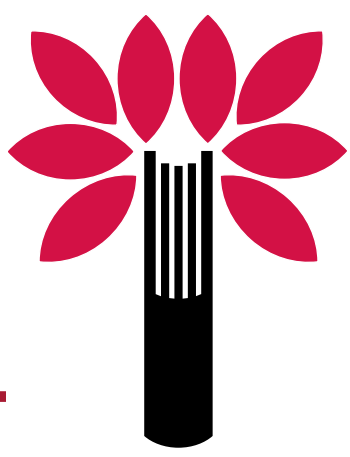
OSSIPOW Laurence

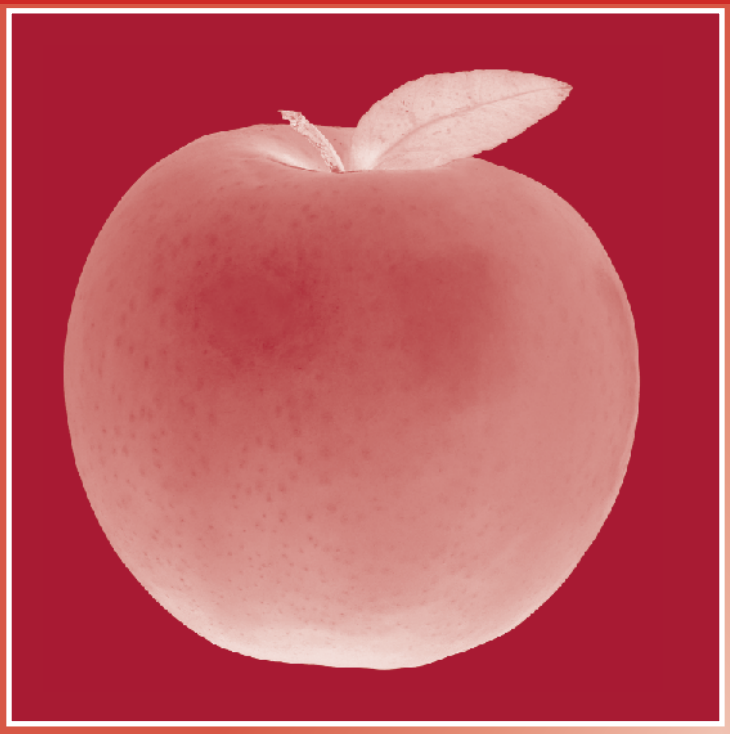
1997.– *La cuisine du corps et de l’âme* .– Neuchâtel– Paris: ed. Institut d’ethnologie– Maison des sciences de l’homme.

ROZIN Paul

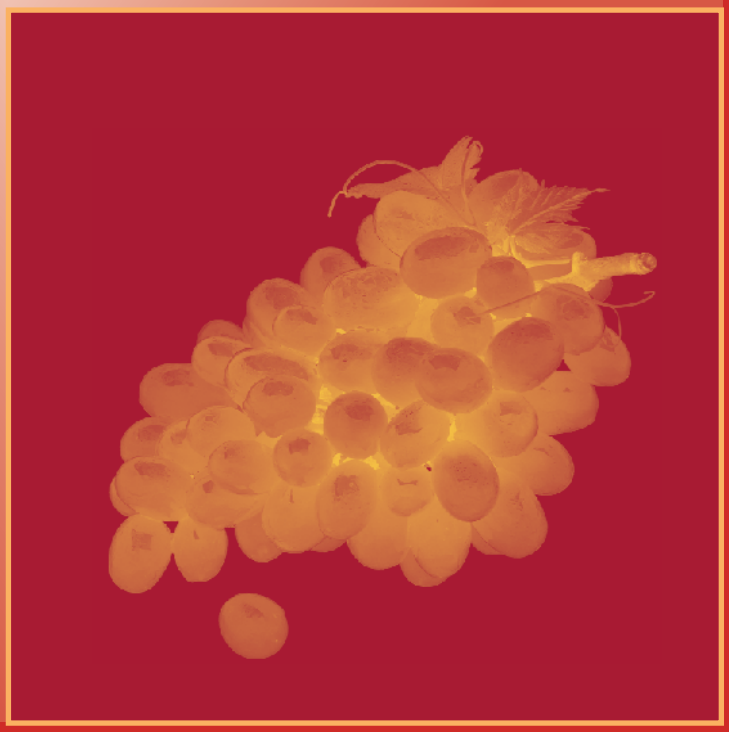
1994.– “La magie sympathique” in: *Autrement* 149, p. 22–37







Les acteurs et les programmes de l'éducation éducation thérapeutique nutritionnelle



31

DÉTÉTICIEN : EDUCATEUR THÉRAPEUTIQUE ET PEDAGOGUE DE L'ALIMENTATION.

Nathalie MASSEBOEUF, *diététicienne - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière*

D'après le code de la santé publique (Livre 3 / Titre 7), le diététicien est un professionnel de santé. Néanmoins, il n'existe aucune réglementation des actes diététiques et sa formation n'est pas encore intégrée dans la réforme des études médicales et paramédicales. Les référentiels actuels de sa formation initiale stipule qu'il assure non seulement la qualité alimentaire, l'équilibre nutritionnel et l'établissement des régimes sur prescriptions médicales, mais aussi une mission de formation, de prévention et d'éducation en matière de nutrition. En pratique, son rôle consiste le plus souvent à remettre au patient une prescription diététique émanant de la prescription médicale, à appliquer des règles nutritionnelles relatives à des recommandations scientifiques, à proposer un choix des aliments ou à établir une ration nutritionnelle. Ainsi, considérer le diététicien dans sa mission d'éducation thérapeutique nutritionnelle nécessite de réévaluer ses pratiques éducatives plutôt centrées sur la diététique que sur le malade.

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE NUTRITIONNELLE

En réalité, les diététiciens éprouvent des difficultés didactiques et organisationnelles : manque de disponibilité, espaces insuffisants, absence d'outils pédagogiques, aucune évaluation. Cependant, pour les patients, les difficultés du diététicien sont liées aux valeurs de l'éducation, comme la quasi inexistence du diagnostic éducatif diététique. Par ailleurs, les patients attendent du diététicien un certain nombre de qualités professionnelles, comme l'art de persuader, la capacité de discernement, des compétences pour enseigner, un sens de l'écoute et du contact et des connaissances scientifiques, médicales et diététiques (1).

Ainsi, l'action éducative nécessite un ensemble cohérent d'actions, entreprises en vue d'une fin et grâce à un système ordonné de moyens (2). La pertinence des convictions de l'acteur diététicien doit être fonction de la nature des possibilités de l'acteur patient. En fait, le pédagogue de l'alimentation s'interroge sur les finalités à affecter à l'éducation nutritionnelle, sur la nature des connaissances diététiques qu'il doit contribuer à transmettre et sur les méthodes didactiques qu'il doit utiliser. La relation éducative suppose que le diététicien, facilitateur d'apprentissage, choisit, adapte, propose et négocie des activités d'apprentissage. Révélateur d'être, il aide à prendre conscience, à préciser la pertinence de l'apprentissage et à clarifier les valeurs du patient. Médiateur social, il interpelle, engage la réflexion, alimente une motivation. Dans la mesure du possible, le diététicien doit tenir compte de la personnalité du patient influant sa capacité de décision. Par exemple, il évaluera ses besoins d'appréciation par les autres, d'admission au sein du groupe, de réalisation de résultats ou de sécurité. Ces besoins sont liés à la relation de pouvoir qu'il entretient vis-à-vis des autres ou des événements, ainsi qu'à son état émotionnel (3).

PÉDAGOGIE DE L'ALIMENTATION

Des représentations aux pratiques alimentaires

L'acte alimentaire est une pratique biologique, cognitive, affective, sociale et spirituelle (4). Ainsi, l'Observatoire des consommations alimentaires distingue six profils des consommateurs aux apports nutritionnels différents (5). Sur un plan sociologique, sept styles comportementaux sont également décrits (6). Autour des représentations, six groupes aux opinions et attitudes très diverses sont mis en évidence (7). C'est pourquoi, l'étude des pratiques alimentaires, et les changements nécessaires qui en découlent, posent véritablement un certain nombre de difficultés.

L'enquête alimentaire, qui a pour but d'établir une stratégie d'intervention nutritionnelle, est destinée à évaluer la consommation du patient, à préciser ses habitudes et goûts alimentaires, à apprécier son état nutritionnel et à identifier les problèmes nutritionnels (8). Elle est centrée sur les habitudes et les contraintes alimentaires déclarées par le patient. Elle n'est pas synonyme de diagnostic éducatif diététique. En effet, les connaissances et les attentes du patient y sont peu évaluées. Les objectifs éducatifs se réfèrent à des besoins centrés sur la maladie et le traitement, rarement sur le vécu et les projets de vie du patient. D'ailleurs, la prescription médicale « calorique » est rarement discutée.

Or, le phénomène alimentaire se déploie sur un continuum : des pratiques observées aux pratiques rapportées, aux normes sociales, aux opinions, aux attitudes, aux valeurs et aux représentations symboliques. Les faits sociaux s'étendent entre les pratiques qui correspondent à des comportements réellement mis en œuvre et les représentations, les discours qui leur sont associés, les accompagnent, les déterminent ou les justifient (9). (**Tableau 1**).

Ainsi, pour permettre au patient de s'approprier, c'est-à-dire de faire siennes des connaissances diététiques, de leur conférer du sens, de les inscrire dans un projet de vie et de les rendre acceptables dans une perspective d'une bonne ou meilleure santé, le diététicien doit poser un diagnostic éducatif en s'intéressant à ce que font réellement les patients, à ce qu'ils disent faire, à leurs opinions, leurs attitudes, leurs valeurs en rapport avec l'alimentation en général ou par rapport à leur maladie. (**Tableau 2**).

Par ailleurs, si les séances éducatives sont destinées à communiquer des connaissances diététiques, elles doivent aussi permettre de mesurer le décalage entre ce que mange le patient et ce qu'il prétend vouloir ou devoir manger. Basées sur des attitudes d'analyse, elles cherchent à montrer si les connaissances aident le patient dans ses choix et si son comportement est cohérent avec son discours alimentaire. Il s'agit d'utiliser des outils didactiques comme un atelier pratique interactif plutôt qu'un exposé ou la remise d'un régime. L'autoévaluation nutritionnelle dans différentes situations paraît plus efficace qu'un calcul calorique peu exploitable d'une enquête alimentaire traditionnelle. D'ailleurs, à la question "quelle est la difficulté du diététicien lors de l'enquête alimentaire", les patients et les diététiciens répondent : "le patient ne dit pas la vérité !".

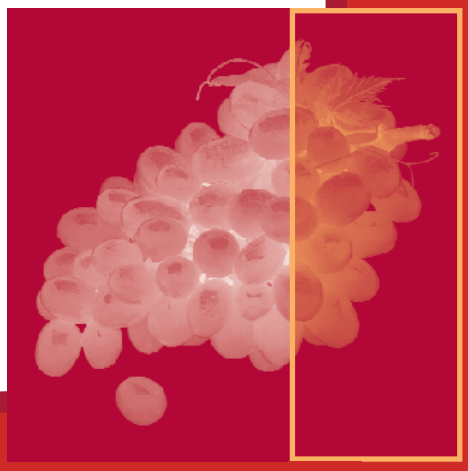
Des pratiques alimentaires déclarées aux pratiques objectivées

Exprimer les comportements alimentaires et valoriser les attitudes thérapeutiques est indispensable. En cela, des repas en libre service permettent au patient d'être en situation et d'objectiver ses pratiques. Au delà, la mise en situation pratique est l'occasion de composer avec les résistances du patient, de renforcer son sentiment de liberté de choix et d'efficacité personnelle.

Diététicien éducateur thérapeutique : un nouveau métier ?

Sur un plan individuel, la nature des compétences en éducation thérapeutique dépend du système de valeurs du diététicien, de sa motivation à se former et de sa capacité à se transformer. Or, les valeurs du diététicien sont liées à son éducation personnelle, à ses composantes intellectuelles et émotionnelles, à sa référence à la morale et à l'éthique, à sa propre décision et à son niveau de responsabilisation (10).

En outre, sa motivation à se former et sa capacité à se transformer en pédagogue et en éducateur impliquent nécessairement un attrait de la nouveauté (projet de service, transfert de compétences), la réussite grâce à des objectifs accessibles et des buts concrets, des récompenses symboliques (délégation, reconnaissance de l'expertise) et surtout la motivation du « leader » lui-même et l'exemple qu'il donne.



De toutes façons, le statut professionnel décidera de l'avenir du diététicien acteur de l'éducation thérapeutique nutritionnelle. Les diététiciens réclament de voir publier au Journal Officiel le décret professionnel réglementant la profession et d'intégrer la filière universitaire des professions de Santé. Ceci afin d'acquérir dans sa formation initiale des compétences d'éducateur (Niveau master) et de reconnaître l'alimentation comme un soin à enseigner à tous les âges de la vie.

En conclusion, toute didactique renvoie à une éthique. Il s'agit pour le diététicien de relever le défi de concilier un rôle soignant et un rôle d'éducateur thérapeutique. Par exemple, le diététicien doit s'attacher à traduire concrètement une prescription médicale sans lui-même prescrire. Par ailleurs, il doit aider le patient à modifier son comportement sans le culpabiliser. De même, il doit s'évertuer à ne pas attenter à l'intégrité du malade, à son autonomie, à sa liberté par des règles diététiques irréalistes à appliquer. En effet, si ces règles sont considérées par certains, comme un art de vivre (11), d'autres les considèrent comme une solution à l'origine d'une souffrance et de difficultés alimentaires supplémentaires (12).

Références Bibliographique

1 N. MASSEBOEUF, Le diététicien : du technicien à l'éducateur du patient, Cah. Nutr. Diét., 38, 2, 2003

2 A. DECCACHE, E. LAVENDHOMME, Information et éducation du patient, De Boeck, 1989

3 A. GOLAY, Le perso régime, Payot, 1997

4 C. FISCHLER, L'Homnivore. Editions O. Jacob, 1990.

5 A. MARTIN, Apports nutritionnels conseillés pour la population française, CNERNA, CNRS, AFSSA, Editions TEC & DOC, 3ème édition, 2001

6 S. LAHLOU, Penser Manger, PUF, 1998

7 A.D. BROUSSEAU, C. GAIGNER, Les pratiques alimentaires des Français : du discours à la réalité, CREDOC, Cahier Recherche, 179, 2002

8 M.C. PUISSANT, M.F. SIX, M. CABANEL, M.C. GARRAULT, M. MAITRE, Diététiciens aujourd'hui, Maloine, 1995

9 J.P. POULAIN, Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques, Editions Privat, 2002

10 N.MASSEBOEUF, Formation des soignants à l'éducation thérapeutique, Diabète Education, 2004

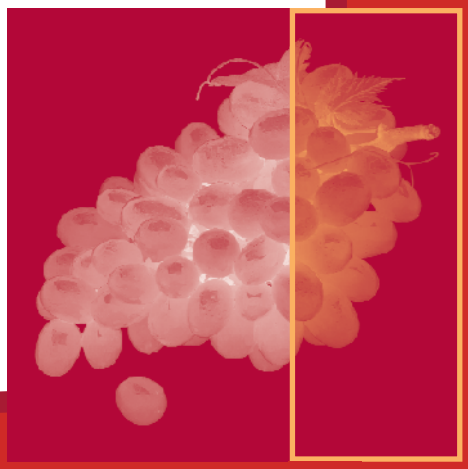
11 J. TREMOLIERES, Diététique et art de vivre, Hatier, 1989

12 M. LE BARZIC, M. POUILLON, La meilleure façon de manger, Editions O. Jacob, 1998

TABLEAU 1: LES NIVEAUX DU FAIT SOCIAL ALIMENTAIRE (D'APRÈS J.P. POULAIN)

NIVEAUX DU FAIT SOCIAL ALIMENTAIRE - DÉFINITIONS

Pratiques observées	Comportement individuel ou collectif saisi de l'extérieur avec l'aide éventuelle de techniques d' enregistrement audiovisuelles
Pratiques objectivées	Pratiques positivées par les traces qu'elles laissent : flux économique, flux de déchet...
Pratiques reconstruites	Remémoration assistée de pratiques d'achats ou de consommation à partir de grilles permettant un inventaire systématique des différentes dimensions d'une pratique
Pratiques rapportées spontanément	Restitution spontanée d'une pratique sans que les dimensions ne soient suggérées par l'enquêteur
Normes et modèles collectifs	Ce que pense un individu ou un groupe d'une pratique donnée. L'opinion est l'expression verbale des attitudes ou des valeurs
Opinions	Expression de ce qu'est une pratique considérée comme «convenable» et dont la non-observation entraîne généralement des sanctions plus ou moins explicites
Attitudes	Ensemble de prédispositions d'un individu par rapport à un objet ou une pratique. L'attitude ne peut s'étudier qu'indirectement et se distingue de l'opinion par le fait qu'elle n'est pas toujours verbalisable, mais détermine des comportements
Valeurs	Les valeurs sont des représentations positives ou négatives plus ou moins rationnelles associées à une pratique ou un produit
Systèmes symboliques	Ensembles de noyaux de sens, plus ou moins conscients, structurés, organisés en systèmes de représentations



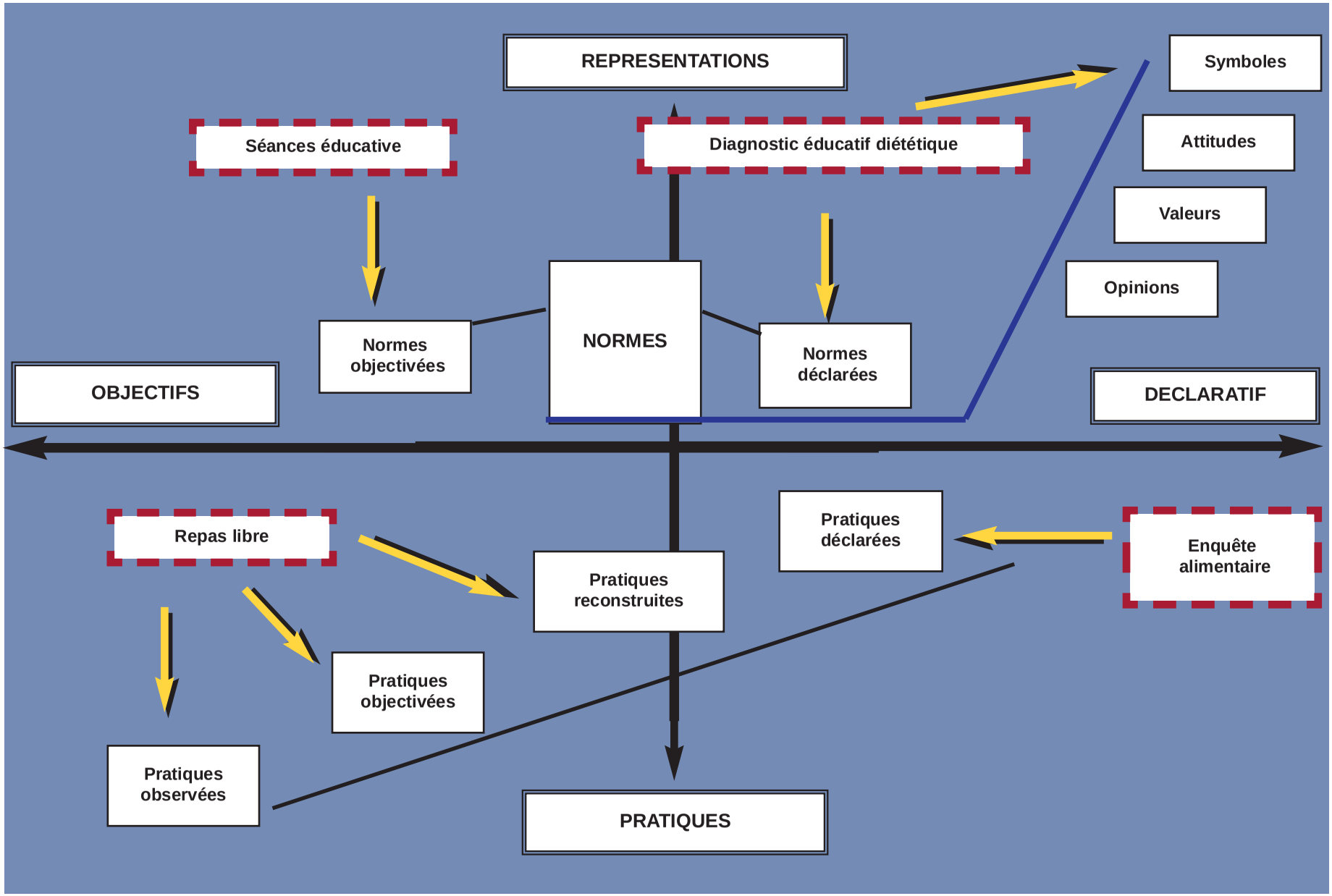
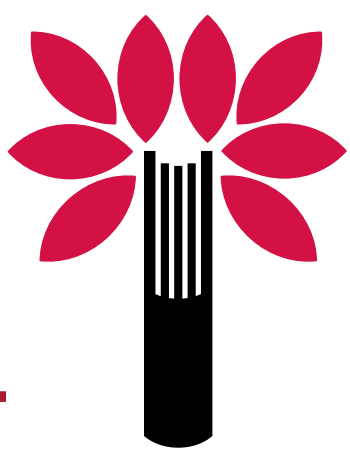


TABLEAU 2 : STRATÉGIE ÉDUCATIVE EN FONCTION DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DU FAIT SOCIAL ALIMENTAIRE (D'APRÈS J.P. POULAIN)



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE DE L'OBÉSITÉ.

Docteur Patrick BOUILLOT, Endocrinologue-Nutritionniste
Sylvie DIANCOURT, Diététicienne

À PROPOS DE L'OBÉSITÉ

L'obésité correspond à un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé. Elle se définit par un Indice de Masse Corporelle supérieur ou égal à 30 (IMC = poids en kg / taille^2 en m). Les complications métaboliques et cardiovasculaires de l'obésité sont plus fréquentes quand l'excès de masse grasse est situé dans le tronc et l'abdomen, ce qui correspond à l'obésité androïde qui se définit par un tour de taille supérieur ou égal à 102 cm chez l'homme et supérieur ou égal à 88 cm chez la femme.

L'obésité est une pathologie complexe aux déterminants multiples : hérédité, alimentation inappropriée qualitativement ou quantitativement, troubles du comportement alimentaire, troubles psychologiques, activité physique insuffisante, pathologies diverses, facteurs socio-économiques, incitation à la consommation, vieillissement, etc.

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Devant une situation aussi complexe, nous avons envisagé une approche systémique. Nous avons considéré l'obésité en tant que symptôme à replacer dans un contexte et nous avons opté pour une prise en charge globale plutôt que d'envisager un traitement purement symptomatique. En effet, la prise en charge thérapeutique avec une approche conventionnelle, essentiellement nutritionnelle, s'est révélé insuffisante, dans la majorité des cas.

Les objectifs de la prise en charge ne visent pas seulement à obtenir un amaigrissement ou une perte de poids, mais une amélioration à long terme de l'état de santé des patients : amélioration de la qualité de vie, amélioration physique, amélioration psychologique.

Conformément aux recommandations de l'OMS, précisant les critères de qualité de l'éducation thérapeutique, nous avons choisi une prise en charge multiprofessionnelle avec intervention d'un médecin, d'un diététicien, d'un psychologue, d'un kinésithérapeute et d'un infirmier.

Nos actions communes consistent à aider le patient à construire et formaliser un PROJET POUR MAIGRIR, à lui faire acquérir des compétences pour lui permettre de mettre en œuvre son projet et à susciter sa réflexion sur son réel désir de changement.

Au sein de l'Unité d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition du Service d'Hépato-Gastro-Entérologie du Centre Hospitalier de Nevers, nous organisons une semaine éducative destinée à un groupe de huit patients, obèses ou en surpoids avec comorbidités, recrutés en consultations et ayant accepté, après qu'il leur a été expliqué, ce mode de prise en charge en hospitalisation.

L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE

Un médecin nutritionniste, référent médical, assure des entretiens individuels, anime des tables rondes et assure les liens entre les différents acteurs en animant les staffs quotidiens.

Une diététicienne met en œuvre des activités éducatives, individuelles ou collectives, dans le domaine de la diététique. Elle élabore avec le patient un plan alimentaire personnalisé visant à une rééducation du comportement alimentaire.

Un psychologue assure des entretiens individuels, participe à des tables rondes. Il apporte son expertise pour aider à définir le profil psychologique de chaque patient et pour aider le groupe à mettre des mots sur des problématiques personnelles.

Une infirmière écoute et observe les patients en entretiens individuels ou lors des séances collectives, participe aux staffs quotidiens en apportant le « feed-back » des entretiens ou des séances collectives. Elle aide concrètement chaque patient dans l'élaboration et la rédaction de son projet.

Une kinésithérapeute assure des entretiens individuels et anime des activités pratiques en groupe, dans une approche préventive et surtout éducative plus que curative. Elle suscite l'envie de bouger.

L'alternance, entre entretiens ou activités individuelles et débats ou activités éducatives collectives, permet des échanges sur les expériences et le vécu de chacun, permet des apprentissages collectifs plus dynamiques et répond aux besoins spécifiques de chaque patient.

L'ORGANISATION DE LA SEMAINE

Après des entretiens individuels, de chaque patient avec chaque intervenant de l'équipe soignante, un premier staff des soignants permet la mise en commun des informations et l'établissement d'un diagnostic éducatif pour chaque patient.

Pendant la semaine, les soignants animent des activités pédagogiques collectives pour l'éducation diététique, des séances d'activité physique, des réunions sur l'approche psycho-comportementale.

Des staffs quotidiens des intervenants permettent d'adapter les interventions et d'optimiser l'accompagnement éducatif.

Le dernier jour, de nouveaux entretiens individuels aident chaque patient à formaliser son projet pour maigrir. Après une réunion de synthèse avec les patients, la suite de la prise en charge est programmée : une demi-journée éducative un mois plus tard et des rendez-vous de consultations sont donnés.

Enfin, une évaluation de la semaine est réalisée par les patients et par les intervenants.

LES SÉANCES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

La méthode pédagogique utilisée est celle des ateliers pratiques.

Une première séance est centrée sur l'éducation gestuelle avec des conseils d'ergonomie pour les gestes de la vie quotidienne.

Une deuxième séance s'intéresse à la gymnastique douce et à une initiation à la remise en forme avec l'objectif d'initier le plaisir de bouger et l'envie de recommencer.

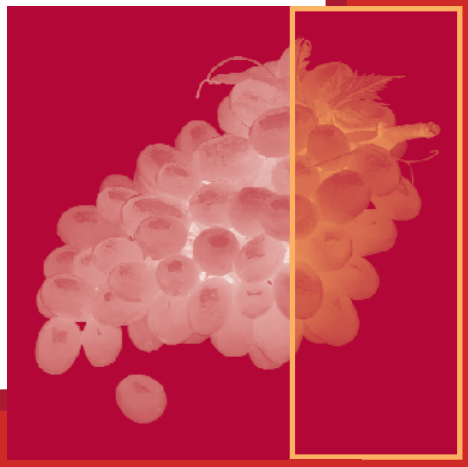
La troisième séance est une initiation à la relaxation, de façon à apprendre à chacun à écouter son corps et à se détendre à n'importe quel moment.

Les entretiens individuels de fin de semaine réalisés par la kinésithérapeute aident à la réflexion des patients sur ce qu'ils vont mettre en place comme activité physique à leur retour à domicile.

L'APPROCHE PSYCHO-COMPORTEMENTALE

La méthode pédagogique utilisée est la table ronde permettant la confrontation du vécu des patients.

Le thème de l'image corporelle a été choisi pour la première réunion. Il s'agit de faire exprimer chaque patient sur son image corporelle et son vécu, d'évaluer son retentissement psychologique et social, d'appréhender la fonction du symptôme « obésité » dans l'équilibre général de l'individu.



La deuxième réunion s'intéresse aux troubles du comportement alimentaire. Il s'agit de faire exprimer chaque patient sur son comportement alimentaire, de détecter des troubles du comportement alimentaire, d'appréhender les significations psychologiques de ces troubles et leurs conséquences, en particulier leur retentissement psychologique et social.

Les autres objectifs de ces séances sont de compléter l'analyse sur l'état psychologique des patients, de leur faire prendre conscience de la nécessité d'entreprendre parfois une psychothérapie.

Ces séances sont animées par le médecin sous le regard d'expert du psychologue qui intervient en fin de séance.

LES ACTIVITÉS ÉDUCATIVES DIÉTÉTIQUES

Les activités éducatives diététiques ont pour objectif d'aider le patient à réaliser son projet en lui permettant d'acquérir ou d'améliorer des compétences.

Avant de déterminer les objectifs d'apprentissage, il est indispensable d'évaluer :
ses connaissances et représentations dans le domaine de l'alimentation
ses habitudes alimentaires par l'intermédiaire du bilan nutritionnel
ses habitudes de vie
ses précédents essais d'amaigrissement (ses expériences antérieures, ses réussites, ses échecs)
ses attentes.

Les compétences visées pendant cette semaine sont nombreuses :

comprendre la façon de s'alimenter en fonction de ses besoins expliquer ce qu'est un repas équilibré
composer un repas adapté
identifier certains aliments, les citer, les repérer
intégrer et utiliser de nouvelles techniques culinaires
justifier ses choix
réajuster ses apports
informer son entourage.

Des activités individuelles et collectives centrées sur ces compétences sont planifiées.

Elles tentent de respecter les principes d'apprentissage :

- la prise en compte de la progression pédagogique
- l'alternance des séances théoriques et pratiques
- la participation active des patients
- l'identification et la prise en compte des connaissances antérieures, des expériences personnelles
- le respect du rythme d'apprentissage de chacun.

Les activités individuelles servent essentiellement d'évaluation :

l'évaluation diagnostique de départ
l'évaluation formative tout au long de la semaine qui va permettre au patient de se situer par rapport à son niveau de compétence
l'évaluation en fin de semaine : le patient devra être capable de proposer un plan alimentaire personnalisé (il crée son propre programme nutritionnel), d'adapter son alimentation en fonction de divers impératifs (activité physique, repas à l'extérieur, horaires de travail…).

Les activités collectives sont planifiées sur six séances :

L'alimentation quotidienne :

La compétence à acquérir est de composer un repas équilibré.

Les techniques pédagogiques utilisées sont l'exposé interactif et l'étude de cas (analyse de menus).

L'alimentation d'exception :

Les compétences à acquérir sont de savoir adapter son alimentation au cours de situations particulières, d'analyser ses choix et d'argumenter ses décisions.

La technique pédagogique utilisée est le jeu de rôle.

L'élaboration de menus et de la liste des courses :

Les compétences à acquérir sont de savoir choisir des aliments et des plats, d'en expliquer leur composition et d'élaborer des menus et faire la liste des courses.

La technique pédagogique utilisée est l'atelier pratique.

La séance de cuisine pédagogique :

La compétence à acquérir est d'utiliser de nouvelles techniques culinaires.

La technique pédagogique utilisée est l'atelier pratique.

Le repas à thème :

La compétence à acquérir est de savoir adapter son alimentation en situation particulière, en l'occurrence celle du self-service.

La technique pédagogique utilisée est l'atelier pratique : ici un repas au restaurant du personnel de l'hôpital.

La tenue du carnet alimentaire :

Les compétences à acquérir sont d'évaluer ses apports, de visualiser ses erreurs, d'analyser et de corriger.

Les techniques pédagogiques sont l'atelier pratique et la discussion.

Chaque patient devra jusqu'à la prochaine rencontre remplir un carnet alimentaire et analyser ses comportements.

LE PROJET POUR MAIGRIR

Chaque patient formalise son projet en fin de semaine, avec l'aide de chacun des intervenants, lors des entretiens individuels.

Le patient décrit les actions qu'il va mettre en œuvre à son retour à domicile.

La rédaction finale du projet se fait en deux exemplaires, un pour le patient, l'autre destiné à son dossier médical.

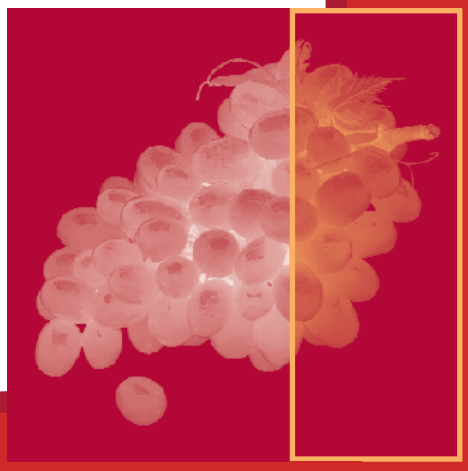
Le projet a ainsi valeur de « contrat » : nous insistons sur l'importance de l'engagement, de la « parole donnée ». Le projet va servir de support pour le suivi ultérieur.

LE SUIVI

Une demi-journée éducative est organisée environ un mois plus tard et proposée au même groupe de patients. Elle comporte des réunions collectives et des entretiens individuels qui permettent aux patients d'exprimer leurs difficultés face à la mise en route du projet, d'analyser des situations et de réajuster leur projet si nécessaire.

Ensuite un suivi individuel en consultations est planifié : avec le médecin nutritionniste, la diététicienne, parfois le psychologue si le patient le désire. Un suivi individuel avec la kinésithérapeute n'est pas encore réalisé mais il est envisagé pour les patients qui le souhaiteraient.

Une semaine éducative complémentaire de soutien, pour certains patients, est également à l'étude.



L'ÉVALUATION

En fin de semaine, une évaluation est réalisée par les patients.

Une évaluation est également réalisée par les soignants qui mettent régulièrement l'accent sur l'intérêt du travail en

équipe multidisciplinaire avec complémentarité des compétences. Ils soulignent également la meilleure connaissance qu'ils ont des patients et de leurs capacités à évoluer à l'issue de la semaine.

La mesure de la perte de poids, qui pourrait paraître un critère objectif d'évaluation à moyen et long termes, nous est apparue en fait très vite un mauvais critère pour une pathologie aussi complexe.

Nous restons encore interrogatifs sur ce qu'il faut évaluer à moyen et à long termes.

CONCLUSION

Cette approche globale interdisciplinaire de l'obésité est plus satisfaisante pour les patients et les soignants, probablement par la place fondamentale que tient l'éducation thérapeutique.

La nécessité d'un suivi à long terme apparaît importante ; il reste à définir : accompagnement personnalisé, « coaching » ?

Il faut enfin souligner que les moyens nécessaires, humains et financiers, sont à consolider et à développer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bouvier A. La pensée systémique. Collection « Se Former+, pratiques et apprentissages de l'éducation ». Lyon : Ed.Voies Livres, 1993.

Diancourt S, Bouillot P. Une expérience en éducation thérapeutique. La diététique au sein d'une approche interdisciplinaire de l'obésité. Nutritions et facteurs de risque 2004 ; 3 : 26-30.

D'Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. ADSP 2001 ; 36 : 11-3.

D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Paris : Ed. Vigot, 1995.

Gagnayre R. L'éducation thérapeutique et les compétences du patient. Pour une pédagogie de la compétence. Ann dermatol venereol 2002 ; 129 : 985-9.

Iguenane J. Accompagner le patient dans ses apprentissages. Education du patient et enjeux de santé 2002 ; 21, n°1 : 26-8.

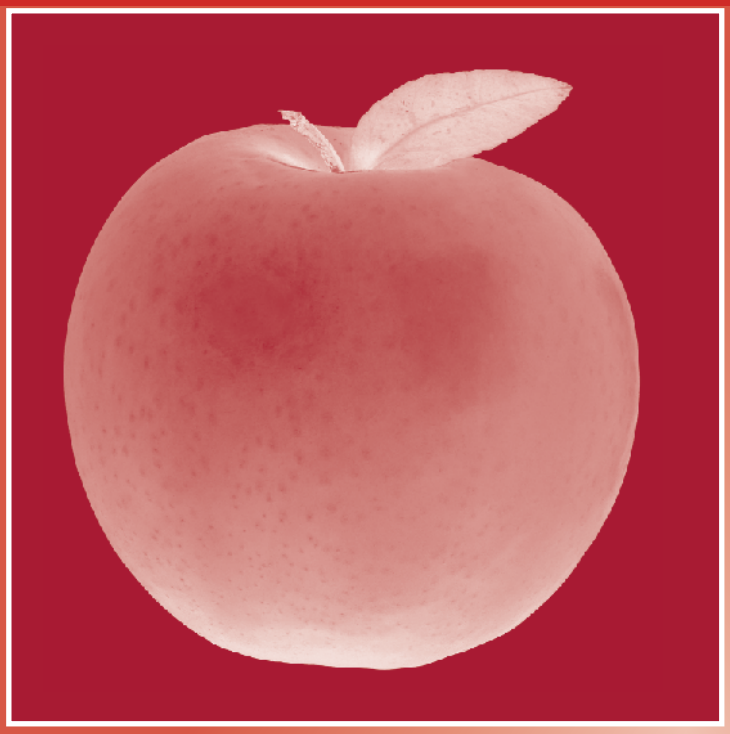
Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Ed. Vigot, 1998.

Rickheim PL, Weaver T, Flader JL et al. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomised study. Diabetes Care 2002; 25: 269-74.

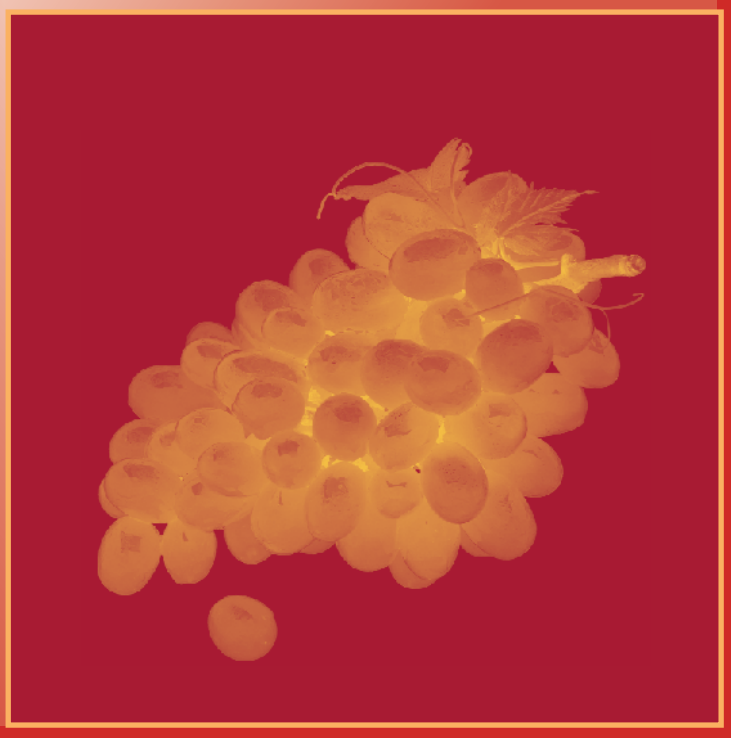
Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Québec : Ed. Logiques, 1992.

WHO, World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen, 1998.

Winnykamen F. Apprendre en imitant. Paris : Ed. PUF, 1991.



Les pratiques et les supports de l'éducation éducation thérapeutique nutritionnelle



EDUCATION THÉRAPEUTIQUE COLLECTIVE EN ALLERGIE ALIMENTAIRE.

M.Anton - I.Mollé Le Vaillant - V.David - A.Marion
Le Roux - C.Jolly – D.Bauer - R.Sauzeau Bertin
Espace Educatif du Souffle et de l'Allergie Alimentaire - **CHU de NANTES**

L'épidémiologie de l'allergie alimentaire montre une nette augmentation du nombre d' enfants allergiques en particulier à l' arachide. Les manifestations cliniques peuvent être très graves nécessitant une éducation des familles, d'une part à l'administration d' adrénaline en cas d'urgence et d' autre part à la lecture des étiquettes des différents produits alimentaires. Les parents doivent apprendre à nourrir leur enfant allergique de façon équilibrée malgré les évictions. Les enfants doivent être intégrés en milieu scolaire avec un Projet d'Accueil Individualisé. Toutes ces mesures sont complexes pour les familles et sources d'angoisses. Nous avons proposé de réunir ces familles avec les enfants au cours de sessions d'éducation thérapeutique collectives (Espace Educatif du Souffle et de l'Allergie Alimentaire).

Chaque session comporte 2 modules de 3h30 réalisés à 15 jours d'intervalle, et regroupe 10 à 15 familles ayant des enfants âgés de 2 à 10 ans. Elles sont animées par 2 allergologues, 1 diététicienne, 1 ergothérapeute,1 psychologue, 1 secrétaire aide-animatrice.

Pour animer ces modules nous utilisons des supports éducatifs conçus et réalisés par l'équipe pour la plupart.

Nous avons à notre disposition une salle de réunion et une salle de jeux.

La démarche éducative comprend :

- un diagnostic éducatif
- un plan d'apprentissage
- l'évaluation des compétences acquises

La secrétaire aide-animatrice de l'espace éducatif envoie aux familles intéressées :

- une invitation pour les parents et une invitation pour les enfants de plus de 6 ans
- un questionnaire parents sur leur vécu

Ces familles ont déjà été vues en hôpital de jour à l'occasion de tests de provocations alimentaires ou en consultation, de ville ou hospitalière, par des allergologues, pneumologues, dermatologues ou pédiatres.

PREMIER MODULE

Les familles sont accueillies par les intervenants pour la présentation de l'équipe et du déroulement de l'après-midi.

Les enfants sont regroupés autour de la diététicienne et de l'ergothérapeute en salle de jeux pendant que les parents vont avec les allergologues et la psychologue dans une salle de réunion.

Groupe des enfants

Notre expérience acquise au cours des consultations d'allergologie et diététique nous a permis de définir des objectifs que nous modulons en fonction du diagnostic éducatif et de la motivation du groupe.

Ces objectifs pour ce 1er module centré sur l'alimentation sont :

- Repérer les différentes familles d'aliments.

- Composer un repas équilibré en respectant **ses** évictions.

- Améliorer sa qualité de vie

Le diagnostic éducatif est fait sous forme d'un questionnaire. En général nous avons 5 à 6 enfants dont les plus jeunes sont en CP. Nous nous asseyons autour d'une table et les enfants remplissent leur questionnaire avec notre aide si besoin.

C'est un moment où nous échangeons beaucoup. Cela leur permet de se présenter, de discuter de leur vécu, d'exprimer leur ressenti, de poser des questions et aussi de donner de l'espoir aux plus jeunes. Par exemple lors d'une session, un enfant a dit à un autre : « moi aussi quand j'étais petit j'étais allergique à plein d'aliments, mais maintenant je ne suis allergique qu'à la cacahuète »

Une fois que les enfants sont à l'aise, nous passons au plan d'apprentissage.

1er objectif : repérer les différentes familles d'aliments

Après avoir présenté les différentes familles d'aliments leur intérêt nutritionnel à l'aide d'un poster, nous proposons aux enfants un jeu inspiré du « chasse sorcière » édité par Lesieur.

Ce jeu se joue selon le principe du «pouilleux».

Il se compose d'un plateau où sont représentées les familles d'aliments, de cartes de photos d'aliments et d'une carte «sorcière».

Le but est d'effectuer un tri des aliments par familles.

2ème objectif : composer un repas équilibré en respectant ses évictions et citer les aliments interdits

Pour cela nous utilisons les cartes de l'activité précédente qui sont maintenant triées par familles. Nous proposons aux enfants de composer un repas de leur choix en respectant leurs évictions. Nous commentons ensemble la proposition de chacun.

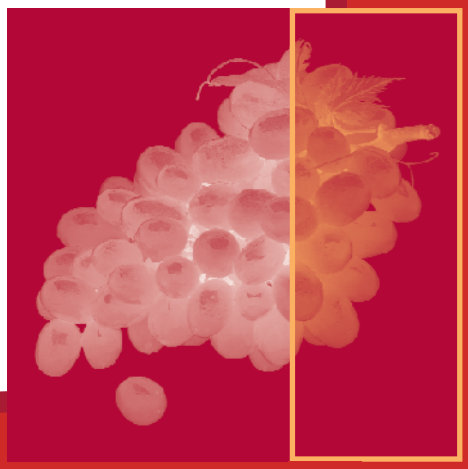
Au cours de cet exercice, un enfant allergique au lait a proposé d'utiliser la sorcière comme joker pour remplacer son substitut de lait pour lequel nous n'avions pas de photo.

3ème objectif: Améliorer sa qualité de vie

Pour cet objectif, nous avons choisi une activité récréative. Nous invitons les enfants à faire de la pâtisserie. Nous choisissons une recette qui convient à tous.

Notre but est de leur montrer qu'il existe des recettes compatibles avec leurs allergies qui peuvent leur permettre par exemple de partager un goûter d'anniversaire.

Là encore c'est un moment d'échange sur le vécu, de découverte pour certains qui croyaient ne pas pouvoir manger de crêpes ou de gâteaux. Pendant la cuisson et en attendant les parents, les enfants jouent dans la salle de jeux.



Groupe des parents

Pour ce premier module nous avons défini des objectifs de sécurité incontournables :

- Décrire les signes cliniques de l'allergie alimentaire, repérer les signes de gravité et décider de la conduite à tenir.
- Injecter l'adrénaline (ANAPEN®)
- Expliquer à l'entourage (école, famille) la trousse d'urgence

Le diagnostic éducatif est réalisé par un questionnaire envoyé aux parents avant la session et dépouillé par l'équipe en réunion de préparation.

Il est complété lors de notre première rencontre par :

*Un photo langage (« Photo-santé » créé et édité par la C.R.A.M. Nord-Picardie) **:** que représente pour vous l'allergie alimentaire ?*

dites-le en choisissant une ou deux photos ou par une carte conceptuelle autour du mot

« allergie alimentaire »

Lorsque chacun a pu s'exprimer, nous passons au plan d'apprentissage.

1er objectif : décrire les signes cliniques de l'allergie alimentaire, repérer les signes de gravité et décider de la conduite à tenir

Nous proposons une table ronde interactive où les parents sont invités à décrire la dernière crise de leur enfant et leur attitude.

Les signes évoqués sont listés. L'animateur aide au classement. L'expert intervient au besoin.

2ème objectif : injecter l'adrénaline (ANAPEN®)

Nous animons un atelier de savoir faire avec :

- Démonstration d'utilisation du stylo
- Manipulation par les parents qui le souhaitent
- Injection dans un sujet en mousse

3ème objectif : expliquer à l'entourage (école, famille) la trousse d'urgence

Nous réalisons un atelier de savoir et savoir être avec un jeu de rôle : « nous confions notre enfant à ses grands-parents », des cartes de Barrows.

Pour préparer le 2ème module, nous leur demandons de ramener les emballages des produits alimentaires que consomment leur enfant et de remplir un journal alimentaire sur 4 jours.

Enfin nous rejoignons le groupe des enfants en salle de jeu pour le goûter.

Les « animateurs » du groupe des enfants expliquent aux parents ce qu'ils ont fait de leur après-midi.

Le goûter est un moment très convivial et de plaisir : les participants en profitent pour discuter librement entre eux, échanger leurs trucs : adresses de magasins, recettes, produits autorisés, échange d'adresses personnelles, questions individuelles aux membres de l'équipe (demande de RDV psy,…)

C'est pour nous l'occasion d'observer des comportements autour de l'alimentation.

Exemple du KIWI : un enfant avait pris un kiwi et sa mère l'a tout de suite mis en garde ; son fils lui a fait remarquer que ça faisait longtemps qu'il mangeait du kiwi (ça nous a révélé un stress important de la mère)

Quand toutes les familles sont parties, l'équipe prend un temps de réflexion « à chaud », avec une mise en commun des observations des soignants, commentaires des participants parents et enfants.

DEUXIÈME MODULE

Lors du second module, 15 jours plus tard, assez vite nous regroupons les enfants d'un côté et les parents de l'autre, les enfants avec un allergologue, la psychologue et l'ergothérapeute, les parents avec un allergologue et la diététicienne.

Groupe des enfants

Pour les enfants, nos objectifs sont centrés sur l'allergie :

- Repérer les différentes familles d'allergènes alimentaires
- Identifier les signes d'allergie alimentaire et repérer les signes de gravité pour prévenir un adulte
- Exprimer son vécu quotidien

C'est le moment des retrouvailles : on sent que les enfants sont heureux de se retrouver ; c'est là que l'on apprend qu'ils ont participé à un goûter, fait un exposé sur l'allergie à l'école, discuter de l'allergie avec leurs parents, refait la recette du 1er après-midi…

Nous proposons une nouvelle recette ; exemple d'un enfant allergique aux pommes crues ; il a pris un énorme plaisir à éplucher les pommes (pendant au moins 20 min) en sachant qu'il ne devait pas se lécher les doigts…sous le regard stressé du médecin scolaire présent en tant qu'observateur.

Nous utilisons ensuite de nouveaux outils.

1er objectif : repérer les différentes familles d'allergènes alimentaires

Nous choisissons un jeu plutôt qu'un autre selon l'âge des enfants présents :

- 7 familles : pour les plus grands (c'est long, il faut savoir bien lire, mais tout un jeu s'instaure autour des gentilles familles et des méchantes selon ses propres allergies)

- Memory : il plaît beaucoup aux plus jeunes car ils se sentent à niveau égal avec les grands (Ex de l'enfant dyslexique dévalorisé sur bien des plans et qui a gagné au memory; pour nous c'était le rassurer sur ses compétences).

Nous leur proposons ensuite un dessin libre autour de l'alimentation.

2ème objectif : identifier les signes d'allergie alimentaire et repérer les signes de gravité pour prévenir un adulte

Les enfants viennent à tour de rôle désigner sur le dessin plastifié ou le clown, ou dessiner, la localisation des signes physiques de réaction allergique, puis nous apposons la pancarte correspondant au signe décrit, à côté sur le tableau (les couleurs des cartes les aideront ensuite à classer les signes selon leur gravité).

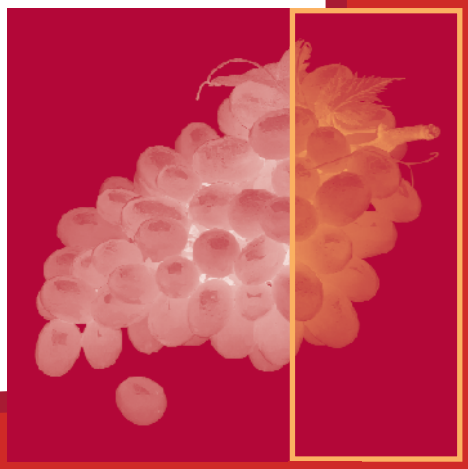
3ème objectif : exprimer son vécu

Nous disposons de 2 outils :

- Une histoire « les œufs n'aiment pas Margaux », qui est lue par la psychologue.

- Une cassette vidéo canadienne « pas de risque à prendre » : c'est la dernière activité, moment de détente puisque c'est la caricature d'une situation de sortie scolaire et du pique-nique où un enfant allergique alimentaire est présent. Sa valisette de pique-nique a disparu et une camarade lui propose plein d'aliments pour son repas (poulet entier déplumé, gâteau énorme, le tout sortant de sa propre petite valisette de pique-nique). Le moniteur est totalement stressé. Les enfants adorent!

Les enfants profitent ensuite de la salle de jeux en attendant que les parents arrivent pour le goûter.



Groupe des parents

Compte tenu de l'angoisse et du casse - tête que représente l'alimentation de ces enfants pour leurs parents et des questions et remarques que nous avons le plus souvent en consultation, nous avons pu déterminer des objectifs qui nous ont paru répondre à l'attente des parents en général.

Voici ces objectifs:

- Proposer une alimentation équilibrée à son enfant malgré ses évictions
- Lire les étiquettes et choisir les aliments autorisés
- Établir un P.A.I.(protocole d'accueil individualisé)

Cependant, nous nous adaptons au groupe de parents présents grâce à la partie du diagnostic éducatif centrée sur l'alimentation.

L'analyse des relevés alimentaires que les familles ont renvoyés permet de savoir comment sont gérées les évictions et de repérer les aspects de l'alimentation sur lesquels il faudra insister.

D'autre part nous invitons les parents à s'exprimer sur ce qu'ils attendent de ce module. Les thèmes et interrogations sont notés au tableau.

Ce sont très souvent les mêmes préoccupations qui reviennent : carences induites, substituts, vocabulaire des étiquetages, repas en collectivité…

Ce diagnostic éducatif va nous permettre d'adapter l'intervention aux préoccupations du groupe.

1er objectif : proposer une alimentation équilibrée à son enfant malgré ses évictions

La diététicienne fait un commentaire rapide des relevés d'alimentation qu'elle a analysés.

Elle explique l'équilibre alimentaire et les besoins des enfants grâce à une planche visuelle où figurent les différentes familles d'aliments, et ne s'intéresse qu'aux classes d'âges qui concernent le groupe.

Elle oriente son intervention de façon à répondre aux questions listées au tableau en ayant en tête les allergies des enfants et l'analyse des relevés alimentaires.

Par exemple, pour les substituts, il en existe pour le lait, les œufs, la farine.

Elle ne va pas parler d'un substitut pour lequel personne n'est concerné, par contre si elle sait qu'un des enfants est carencé en calcium à cause d'un substitut au lait inadapté, elle va insister sur le bon choix du substitut.

2ème objectif: lire les étiquettes et choisir les aliments autorisés

Nous travaillons à partir des emballages apportés par les parents, certains amènent leur correspondance avec les industriels et parlent de leurs difficultés à obtenir des informations

C'est un moment d'échange entre les parents.

Nous intervenons en cas de questions sur certains mots compliqués.

A la fin de l'activité la diététicienne remet aux participants un support écrit qui contient le tableau des familles d'aliments et leur intérêt, une liste de mots à ne pas trouver sur les étiquettes selon les allergies et les recettes pâtisserie confectionnées par les enfants.

3è objectif : établir un P.A.I (protocole d'accueil individualisé)

Il s'agit en fait d'une information, si les parents le souhaitent, sur les différents intervenants et leurs liens entre eux et le Circuit du P.A.I.

Au départ il s'appliquait aux écoles. Depuis septembre 2003, il est étendu aux autres collectivités : centres de loisirs, crèches…

Bien souvent les parents échangent sur leur expérience de la cantine, des sorties scolaires, …

Nous rejoignons ensuite les enfants en salle de jeux pour le goûter.

EVALUATION

Elle est réalisée à plusieurs niveaux :

- Evaluation formative des compétences des parents en cour de session
- Cartes de Barrows
- Jeu de rôle
- Evaluation de la session par les parents à la fin de celle-ci
- Questionnaire de satisfaction
- Evaluation à distance
- Enquête menée par une étudiante en médecine pour sa thèse, auprès de 20 familles huit mois après les sessions ; questionnaire parents et questionnaire enfants ; 14 en consultation individuelle, 2 réponses téléphoniques , 4 injoignables.

Les Résultats de l'enquête sont les suivants :

<u>En ce qui concerne les parents</u> :

14/16 (88%) parents disent connaître «mieux» ou «beaucoup mieux» les signes évocateurs d'une AA

10/16 (63%) disent avoir eu « beaucoup » d'informations sur les signes de gravité

11/16 (69%) ont rencontré pour la 1° fois une diététicienne

11/16 (69%) disent déchiffrer «mieux» ou «beaucoup mieux» les étiquettes

14/16 avaient une prescription d'ANAPEN, mais seulement 9/16 avaient eu une démonstration ; pour15/16 (94%) la démonstration a été claire

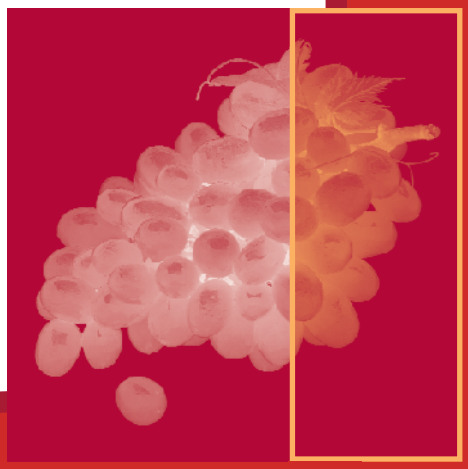
Quelques questions ont été posées :

« *classer par ordre ce qui vous paraît le plus important au cours des sessions* »

1. Mieux comprendre comment s'occuper de notre enfant
2. Rencontrer d'autres parents d'enfants allergiques
3. Pouvoir parler des questions qui nous préoccupent
4. Apprendre des nouvelles choses

« *classer par ordre les qualités qui vous paraissent les plus importantes des soignants dans les sessions* »

1. Qu'ils connaissent bien les allergies alimentaires
2. Qu'ils sachent nous accompagner et nous encourager
3. Qu'ils sachent nous écouter
4. Qu'ils nous comprennent facilement



En ce qui concerne les enfants :

- 13/15 (âge : 3 à 10 ans) se souviennent être venus aux sessions !
- 15/15 savent à quoi ils sont allergiques
- 13/15 aimeraient revenir …

Depuis les sessions, 5 enfants vont à la cantine ,7 vont à des goûters d'anniversaire, 3 font les sorties scolaires

En ce qui concerne les organisateurs :

Les sessions collectives permettent de mieux appréhender la vie quotidienne des enfants et de leurs familles.

EN CONCLUSION :

VIVE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE COLLECTIVE !

L'équipe de l'EESAA (Espace Educatif du Souffle et de l'Allergie Alimentaire)

Valérie DAVID, pneumo-pédiatre

Michel ANTON et Isabelle MOLLE-LE VAILLANT, allergologues

Odile PINARD, pédiatre

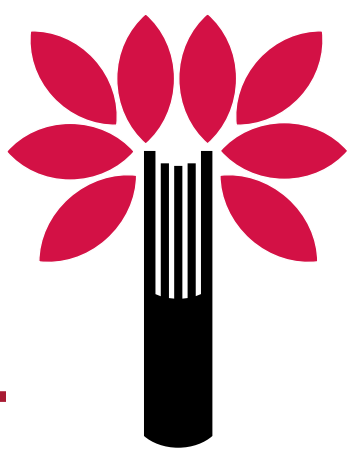
Marie-Dominique MORISSON, puéricultrice

Isabelle-Anne HERVE, kinésithérapeute

Anne MARION-LE ROUX, diététicienne

Claire JOLLY, ergothérapeute

Roselyne SAUZEAU-BERTIN , aide-animatrice



ATELIERS DIETETIQUES : EDUCATION THERAPEUTIQUE DE GROUPE EN DIABETOLOGIE PEDIATRIQUE

Docteur Claire Le Tallec, *Hôpital des Enfants - Toulouse*

Avant toute mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique en pédiatrie, il nous paraît important d'analyser et de connaître les compétences et les capacités de l'enfant en fonction de son âge.

Apprendre c'est acquérir un comportement nouveau. Ce changement de comportement ne sera pas immédiat, il faut compter sur le temps. Cet apprentissage doit permettre à l'enfant d'accéder à plus d'autonomie. L'autonomie ne se résume pas à l'indépendance. C'est à chaque équipe de définir quelle autonomie elle attend pour l'âge de l'enfant.

Avant de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique, il est important de se poser 3 questions : pourquoi ? pour qui ? comment ?

A la question pourquoi ? : les ateliers diététiques ont pour but de renforcer, de développer, et d'évaluer les connaissances déclaratives c'est-à-dire ce que sait l'enfant. Mais ces ateliers doivent aussi avoir pour but de laisser émerger le caractère « émotionnel » que contient l'alimentation avec le poids culturel, familial et comportemental .

Pour adhérer aux contraintes que représente l'alimentation dans le traitement du diabète il faut comprendre les relations entre alimentation, glycémie et diabète. Ceci sous entend un apprentissage progressif.

Enfin ces ateliers ont pour but de donner la possibilité à ces enfants de s'approprier les connaissances et de les aider à faire des choix qu'ils feront en connaissance et ainsi d'acquérir une autonomie dans la prise en charge du diabète dans leur vie quotidienne.

A la question pour qui ? : nous nous adressons à des enfants et des adolescents qui sont en développement physique, cognitif et psychoaffectif . Ils sont dépendant des adultes et du milieu environnant. Ils ne sont pas toujours responsables de ce qui se passe.

Compte tenu de ce développement progressif, il est intéressant de réfléchir aux mécanismes qui permettent l'acquisition des connaissances.

Selon Piaget il y a 2 mécanismes :

* d'une part l'accomodation : les individus se représentent leurs expériences en fonction de leurs connaissances ;

* d'autre part, l'assimilation : la compréhension est modifiée par de nouvelles expériences et de nouvelles connaissances.

L'évolution des enfants toujours selon Piaget se fait par stades. Chaque enfant passe par tous les stades mais chacun à son rythme :

* Période sensiromotrice jusqu'à 2 ans : à la naissance le système cognitif est de l'ordre réflexe moteur, puis l'enfant s 'appuie sur ces réflexes pour développer des processus plus sophistiqués.

* Période préopératoire de 2 à 6 ans : c'est l'apparition de la symbolique. Les enfants ne peuvent se représenter que des situations statiques mais pas des transformations.

* La période des opérations concrètes de 7 à 12 ans : l'enfant peut envisager plusieurs perspectives d'un même problème, mais pas toutes les solutions. Il peut se représenter des transformations.

* La période des opérations formelles de 12 ans à l'adolescence : le jeune est capable de raisonner sur des théories et des concepts abstraits aussi bien que sur des réalités concrètes.

Cette connaissance du développement par stade conduit à des notions importantes avant la mise en route d'un programme : il doit y avoir une progression dans l'apprentissage, il y a nécessité d'intégrer l'étape antérieure pour accéder à la suivante, ceci implique de s'assurer des connaissances antérieures.

Il faut donc définir des objectifs adaptés à l'âge, à la maturité, au développement et aux besoins de l'enfant.

A la question comment ? :nous proposons des ateliers pour des groupes d'enfants regroupés par tranche d'âge de 2 ans. Les groupes sont de 6 à 14 enfants ou adolescents. Les enfants sont suivis par l'équipe médicale ; ceci est une condition importante pour connaître et définir les besoins et poursuivre l'éducation thérapeutique en individuel. L'inscription à ces ateliers est libre sur proposition de date. Ils se déroulent à l'hôpital des enfants soit sous forme d'une journée de 9h à 17h soit sous forme de séjours de 3 ou 4 jours à partir de 11 ans. Les activités sont encadrées par la diététicienne, la puéricultrice et le médecin et ponctuellement la psychologue. J'insiste sur la complémentarité de l'équipe et sur la nécessité pour chaque professionnel de bien connaître le discours de l'autre professionnel pour assurer la cohérence des messages. D'autre part la présence de plusieurs professionnels est importante car elle permet à ceux qui n'animent pas directement la séance de repérer les réactions et le comportement de chacun .

Nous avons défini des objectifs généraux pour chaque tranche d'âge à partir des compétences attendues pour cet âge.

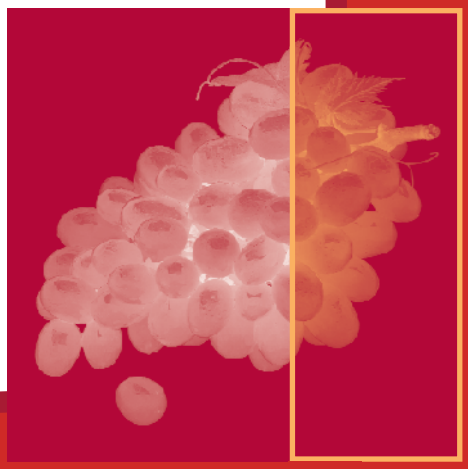
Pour chaque séance nous définissons des objectifs spécifiques fonction des enfants inscrits et de leurs besoins repérés.

Nous proposons des activités ludiques car le jeu est important dans les processus d'apprentissage. Nous demandons ou nous incitons à une participation active de chaque enfant aux activités de groupe et aux activité individuelles, en repérant les enfants en difficultés pour certains domaines (lecture, écriture..)

Nous évaluons l'acquis et l'intégration des informations à partir de différentes situations, le jeu, les mises en situation fictives, les spectacles mais aussi les mises en situation réelles. Ceci permet d'aborder l'aspect émotionnel de l'alimentation. L'enfant doit assimiler ses expériences avec ses capacités de compréhension. Même quand une relation est expliquée, l'enfant doit l'intégrer activement dans sa propre capacité de compréhension pour être retenue.

En pratique, quelques exemples de séquences pédagogiques sur l'alimentation avec les objectifs fixés, les méthodes et l'évaluation.

Les enfants de 5 – 6 ans ont une pensée égocentrique et intuitive. La pensée porte sur la configuration (exemple, une pêche et une prune se ressemblent car elles sont rondes puis elles se ressemblent car appartiennent à la même famille des fruit) . A cet âge, l'enfant peut faire des choix simples et répondre à des consignes simples.



Objectif de la séquence :

§ connaître 2 familles les légumes et les féculents

§ savoir classer les aliments dans ces 2 familles.

Méthode : nous proposons une activité de groupe sous forme de jeu (le Kim des aliments avec des aliments naturels) . Cette activité est poursuivie par une activité individuelle. L'enfant doit coller des images de légumes et de féculents soit sur une feuille verte pour les légumes soit sur une feuille marron pour les féculents. Ceci permet de garder une trace qui servira de lien avec les parents et de valoriser le travail de l'enfant.

L'évaluation de cet atelier se fait au travers d'un spectacle de marionnettes et au moment du repas.

§ Le spectacle de marionnette fait intervenir la reconnaissance du féculent et du légume. Il permet d'appréhender la différence d'effet sur la glycémie puis de laisser parler l'enfant à propos de situations similaires.

§ Au moment du repas pris en commun avec les enfants, nous évaluons les connaissances de l'enfant sur les aliments dans son assiette, mais également son comportement pendant le repas.

Les enfants de 7 – 8 ans savent comparer, retrouver des ressemblances et des différences. Ils commencent à percevoir les conséquences d'un phénomène. Ils comprennent les transformations.

L'objectif de la séquence est :

§ connaître les classes d'aliments

§ connaître les aliments qui se transforment en sucre.

Méthode : Nous utilisons un jeu de groupe avec des photos d'aliments pour classer chaque aliment puis nous proposons une activité individuelle sur les aliments qui se transforment en sucre : à partir de photo d'aliments collés sur une feuille, les enfants marquent avec une étiquette de couleur les aliments qui se transforment en sucre. Comme l'enfant perçoit les conséquences d'un phénomène, cet atelier permet de travailler l'hypoglycémie par manque de féculent au repas.

L'évaluation :

§ Nous évaluons à partir d'un scénario de marionnette. Nous demandons aux enfants d'inventer le scénario à partir de consignes simples.

§ Nous évaluons également à partir du jeu de l'intrus.

Les enfants de 9-10 ans maîtrisent la notion d'espace et de temps. Ils peuvent comparer leurs représentations à des échelles différentes. Ils sont capables de mobiliser les connaissances acquises selon les situations.

Les objectifs fixés pour l'atelier :

§ vérifier et renforcer les connaissances acquises sur les classes d'aliment,

§ être capable de reconnaître un menu équilibré,

§ être capable de composer un menu équilibré.

La méthode choisie est :

§ le jeu des photos pour l'évaluation ders connaissances,

§ le jeu de gommettes pour définir un menu équilibré. Les enfants sont par 2 et ont des menus de cantine. L'exercice est corrigé sur rétroprojecteur par la diététicienne. Les enfants comparent leurs gommettes avec les couleurs du transparent et discutent entre eux .

§ Chaque enfant compose un menu de son choix équilibré .

L'évaluation est faite au moment du repas au self.

En fonction de la composition du plateau, nous évaluons les connaissances et les comportements : je sais, je fais ; je sais mais je ne fais pas et pourquoi ?, je ne sais pas. Le temps du repas est le moment de discuter du repas dans la vie de tous les jours : le repas est-il un moment de plaisir ou non, d'échange en famille ou non, de dispute, de contrariété. Toutes ces réactions permettent de mieux comprendre la réalité des difficultés rencontrées par l'enfant.

A partir de 11 ans, l'enfant est capable d'abstraction, il peut envisager tous les résultats possibles, il peut mettre en place des stratégies opérationnelles, il peut faire des conversions.

Pour les 11 – 12 ans,

les objectifs de l'atelier :

§ connaître les rapports entre le poids et le volume des féculents. Ceci est important car c'est un âge où les enfants gagnent de l'indépendance par rapport aux parents ne serait-ce que par les repas au self de la cantine dans les collèges. Il est important de comprendre qu'il peut y avoir des variations de glycémie en fonction des variations de quantité de féculents. Le but n'est pas de les rendre obsessionels de la balance .

La méthode est le jeu de la pesée.

L'évaluation est faite lors du repas du soir, puisqu'ils sont là pour 3 jours. L'adolescent se sert , estime la quantité et contrôle.

A partir de 13 ans,

les objectifs de l'atelier sont :

§ savoir faire des équivalences

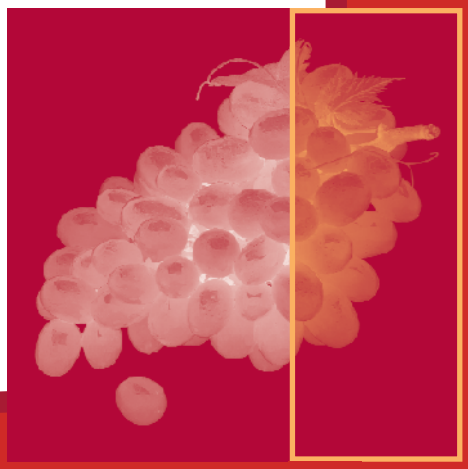
§ savoir faire des repas équilibrés et adaptés dans différentes circonstances.

La méthode : travail par groupe de 2 ou 3 à partir d'exemple théorique de conversion de féculents en pain, le jeune peut calculer les quantités d'un sandwich, d'un repas pique - nique, d'un repas « fast food », d'un repas crêpe…

L'évaluation est faite lors d'une journée randonnée à pied ou en VTT pendant le séjour, dans la réalisation d'un pique - nique sandwich ou pour le repas festif du soir, la conversion des féculents en crêpes pour une « crêpe party ».

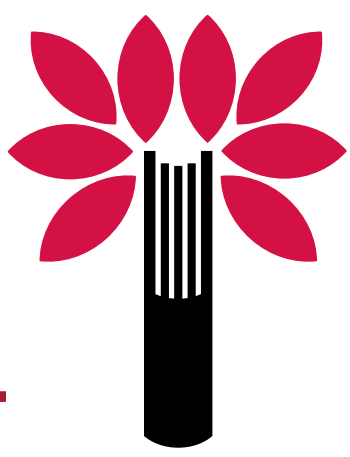
En conclusion,

Pour Piaget, l'enfant est un scientifique qui essaie de comprendre en grande partie par lui même. Pour Vygotsky, l'enfant est un être social vivant au milieu de personnes désireuses de l'aider à acquérir des compétences nécessaires. Ces 2 théories sont complémentaires, mais ceci implique que l'autonomie de l'enfant ne dépend pas seulement de ses connaissances mais également du comportement et de la psychologie des parents ou des adultes qui l'accompagnent ainsi que du degré de responsabilisation qui lui est donné dans la vie de tous les jours. Il est important de déculpabiliser l'enfant par rapport aux choses qu'il ne maîtrise pas.



L'écueil de ces ateliers pour les enfants est de se limiter aux enfants et ainsi de se trouver dans un système non cohérent entre le message des soignants et la pratique des parents. Il est donc important d'organiser des ateliers pour les parents avec les mêmes objectifs, ateliers qui auront lieu à un autre moment et non en parallèle.

Enfin, il est important de noter l'importance du groupe et de son effet positif sur l'apprentissage par la valeur du témoignage et de l'échange et également sur l'importance du jeu, qui permet à l'enfant de s'exprimer plus librement, qui sollicite la prise de décision, qui est source de plaisir et qui a un rôle structurant dans le développement de l'enfant.



RÉFLEXIONS SUR LES OUTILS PÉDAGOGIQUES

Geneviève Vaillant, *Praticien Hospitalier*
Claire Marchand, *Maître de conférence en sciences de l'éducation*

Dans les services médicaux où les équipes de soin sont débordées, les temps de séjour des patients de plus en plus courts et les activités administratives démultipliées, l'éducation thérapeutique est bien souvent le « théâtre du Bric à Brac ». Les outils pédagogiques sont particulièrement utiles pour mettre de l'ordre dans ce théâtre en permettant d'organiser le processus d' éducation thérapeutique du patient autour de ces outils.

Si l'acte d'éducation n'a pas encore de codification officielle et n'est donc pas reconnu sur le plan financier, bien souvent il n'est pas non plus reconnu comme un soin à part entière dans les services médicaux non dédiés à cette activité. Beaucoup de soignants ignorent encore le processus d'éducation thérapeutique du patient et restent suspicieux sur ce que peut bien « raconter » le soignant éducateur au patient ! L'outil pédagogique a donc une fonction importante dans les équipes de soin; grâce à lui, l'éducation thérapeutique peut devenir un soin matérialisé et visible par l'ensemble des soignants. De plus, l'utilisation d'un outil commun d'éducation thérapeutique, par les différents membres d'une équipe, incite à une réflexion, suscite la recherche d'un consensus professionnel, harmonise les pratiques et renforce les liens entre les soignants.

L'outil concrétise également l'acte d'éducation pour le soignant éducateur et pour le patient apprenant : en utilisant l'outil, le soignant pose le cadre de l'éducation thérapeutique ce qui permet au « patient infantilisé » de devenir « apprenant adulte » et vrai partenaire de soin. L'outil est également un support de communication qui permet de s'éloigner de la relation duelle, de mettre à distance les émotions en fixant l'attention sur l'instrument et son utilisation dans une intention pédagogique. Il sert de fil conducteur au discours du soignant et de repère si nécessaire.

Et pourtant, beaucoup d'outils sont mal ou sous utilisés et il faut se demander pourquoi! L'outil dans sa forme, sa taille, sa texture, son caractère plus ou moins ludique, son texte et ses images est il adapté à l'adulte ? à un patient présentant un handicap visuel, locomoteur, ou autre ? à un patient illettré ou avec des difficultés de langage ? à une culture spécifique ? aux habiletés du patient ? L'outil proposé est il utilisé correctement ? Guidance individuelle ? Auto apprentissage ou séance collective ? Correspond - il à la phase du processus éducatif où se trouve actuellement le patient ? Il peut s'agir d'un outil d'évaluation, d'un outil d'apprentissage ou encore d'un remis patient pour aider à la décision thérapeutique. Il est indispensable que le soignant éducateur sache à quel moment du processus d'éducation il peut utiliser cet outil et quelle est l'intention pédagogique visée par cet outil. En effet, les compétences et les objectifs visés par l'outil doivent être parfaitement connus de l'éducateur pour qu'il en fasse une utilisation optimale. Un outil d'éducation doit donc être ciblé sur des objectifs précis et explicites que le soignant éducateur doit avoir en fil conducteur lors de son utilisation. Il en est de même pour les outils d'évaluation pour lesquels il est indispensable de préciser ce qu'ils permettent de mesurer.

Tout ceci doit être soigneusement évalué avant d'utiliser l'outil pour éviter des erreurs pédagogiques sources d'échec de l ' éducation thérapeutique du patient. Pour utiliser au mieux un outil pédagogique il faut donc prendre le temps de la réflexion avant de passer à l'action !

Exemple d'outil utilisé dans l'éducation thérapeutique : un outil d'aide à la prise de décision.

Nous présentons un outil d'aide à la prise de décision « La ronde des décisions » élaboré à partir d'un mémoire réalisé à la fin d'une formation à la méthodologie de l'éducation thérapeutique dans le domaine du diabète. L'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales) en a assuré la conception, le laboratoire Bayer Diagnostic en a soutenu le développement et assuré la diffusion. Il s'adresse à des adultes et peut être utilisé en guidance individuelle, en groupe de 2 à 3 patients ou en

autoévaluation. La forme en est ludique. Le principe de cet outil s'inspire de la technique des cartes de Barrows développée aux Etats Unis pour évaluer les capacités décisionnelles des étudiants en médecine se retrouvant face à des situations complexes pour lesquelles plusieurs décisions doivent être prises simultanément. Adapté à l'éducation thérapeutique, l'outil « La ronde des décisions » tente de reproduire des situations quotidiennes et problématiques pouvant être rencontrées par les patients diabétiques. Il permet donc de développer chez les patients des compétences d'un haut niveau de complexité (résolution de problème, prise de décisions). Il favorise, en période d'apprentissage, un travail avec le patient sur le raisonnement sous tendant les décisions qu'il prend, mais aussi évaluer à la fin d'une séance d'éducation l'acquisition par le patient des compétences attendues.

Présentation de « La ronde des décisions »

Une situation problèmatique de la vie quotidienne est décrite en quelques lignes. Face à cette situation le patient peut prendre une ou plusieurs décisions. Neuf possibilités de décisions sont proposées au patient parmi lesquelles certaines sont absolument nécessaires pour améliorer la situation, d'autres sont dangereuses pour le patient et d'autres peuvent être prises sans conséquence importante pour l'état du patient. A chacune de ces décisions correspond la conséquence réelle ou probable de la décision (face cachée de la ronde). Le patient peut choisir autant de décisions qu'il lui semble pertinent de prendre dans la situation décrite. Une fois ses choix réalisés, il consulte lui-même les conséquences des décisions prises. A la lecture des conséquences, le patient peut prendre conscience de la validité de ses choix sans qu'aucun jugement de valeur ne soit prononcé ce qui en fait, à notre avis, son intérêt majeur. « La ronde des décisions » comprend sept situations différentes qui peuvent être choisies par les soignants et les patients en fonction des besoins des patients et des objectifs d'éducation poursuivis. Le fait qu'il n'y ait pas une « réponse-solution » mais des actions possibles constitue une source de discussion entre éducateur et apprenant pour élucider ensemble les liens entre la situation, la prise de décisions et les conséquences possibles évoquées.

Conclusion

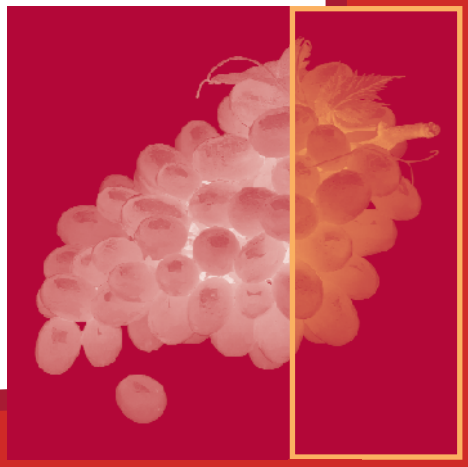
L'outil pédagogique fait donc partie de l'arsenal thérapeutique des pathologies chroniques. Mais attention l'outil ne fait pas l'éducateur ! L'outil ne reste qu'un outil ! Il ne dispense pas de l'implication personnelle du soignant, de son investissement dans l'enseignement, de la nécessité d'une formation pédagogique seuls garants de la qualité et de l'efficience de l'enseignement.

Références Bibliographiques

1. Ivernois JF (d') , Gagnayre R., Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, Paris, Vigot, 1995

2. Jegou G. ,Kervolen MA., Un atout pour la réussite, Mémoire de fin de formation IPCEM, Centre hospitalier Général de Saint Brieuc, service endocrinologie, 1998

3. Barrows H.S., Tabmblyn MD. et RM., Problem-based leasing : an approech to medical education, Springer Series on Medical Education, 1980



Mémoires IPCEM primés pour l'année 2004

Mme Christelle HANSCHEID

Sujet : « L'équimenu»

Mme Pascale FOURREAU-MOREAU

Sujet : «De l'avoir à l'être il y a l'angoisse du devenir»

Mme Annick PISIGO

Sujet : «Diabète gestationnel, évolution et évaluation de l'éducation thérapeutique, création d'outils d'éducation»

M Walter PATERNA

Sujet : «Asthme et cécité»

Mme Françoise LEMENNAIS et M Yves LEMENNAIS

Sujet : «Les apports de la formation en éducation thérapeutique sur l'évaluation de l'utilisation d'une énigme policière en bande dessinée créée pour l'éducation d'adolescents asthmatiques»

M François BEGASSE

Sujet : « Classeur imagier pour l'insuffisant cardiaque »

Tél	01 49 06 56 24
Fax	01 49 06 84 75
e-mail	info@ipcem.org
Internet	www.ipcem.org
Courrier	13, rue Jean-Jaurès 92807 Puteaux Cedex

le Studio GG-MF